

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

N°

13

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Sami OLIEVENSZTEIN

né le 11 juin 1933 à Berlin

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU L.S.D.²⁵

EN CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Relations entre l'état clinique, les thérapeutiques psychotropes
et l'effet du Diethylamide de l'acide lysergique.

Président : Monsieur L. MICHAUX, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1967

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Sami OLIEVENSZTEIN

né le 11 juin 1933 à Berlin

Interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU L.S.D.²⁵

EN CLINIQUE PSYCHIATRIQUE

Relations entre l'état clinique, les thérapeutiques psychotropes
et l'effet du Diethylamide de l'acide lysergique.

Président : Monsieur L. MICHAUX, Professeur.

EDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS**1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES****a) Professeurs titulaires :****MM.**

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	MM. CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	{ LOEPER (J.)
	{ RICHET (G.)
	{ DEJOURS (P.)
Physiologie	{ ROUCAYROL (J.-Cl.)
	{ SCHERRER (J.)
	{ KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.)
	{ TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	N...
Cliniques chirurgicales	LEGER (L.)
	PATEL (J.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
	Bicêtre
	Broussais
	Cochin
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu
	Lariboisière
	Pitié
	Saint-Antoine
	Saint-Antoine
	DEPARIS (M.)
	MILLIEZ (P.)
	BROUET (G.)
	BARIÉTY (M.)
	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
	BOUDIN (G.)

MEN.

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
} Baudelocque	MERGER (R.)
} Saint-Antoine	VARANGOT (J.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	OFFRET (G.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	BREGEAT (P.)
— — (Cochin)	AUBRY (M.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	MOZZIGONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie	THIEFFRY (G.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	BERNARD (E.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	MICHAUX (L.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	DECHAUME (M.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	LEMAIRE (A.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	GAULTIER (M.)
Clinique toxicologique	JUDET (R.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	ABOULKER (P.)
Clinique urologique (Cochin)	COUVELAIRE (R.)
— — (Necker)	LAPLANE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	DOMART (A.)
Sémiologie médicale (A. Chantin)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Lariboisière)	RAMBERT (P.)
— — (Pitié)	WOLFROMM (R.)
— — (Rothschild)	POILLEUX (F.)
Sémiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
Hydrologie et climatologie	BOUSSER (J.)
Maladies infectieuses	GIBERTON (A.)
	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
Médecine	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phthisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie pathologique . . .	GOUYGOU (Ch.)	Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique . .	SCHWARTZ (D.)
---	---------------

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque . .	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MON FRERE

Merci.

A MES AMIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEON MICHAUX,

Professeur de la Chaire de Neuro-Psychiatrie Infantile.

Médecin des Hôpitaux.

Officier de la Légion d'Honneur.

Il nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

En témoignage de notre respectueuse
reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BORENSTEIN

Médecin-Chef des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine
Directeur du Laboratoire de Psychopharmacologie
Neurophysiologique à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes.

Il nous a guidé, non seulement dans cette thèse, mais dans tout notre travail psychiatrique avec une patience , une sagesse et une gentillesse affectueuse dont nous lui serons toujours et sincèrement reconnaissant.

Qu'il nous soit permis de revendiquer le titre d'être son élève.

A NOS MAÎTRES DE L'INTERNAT A L'HOPITAL PSYCHIATRIQUE DE
SOTTEVILLE-LES-ROUEN :

MONSIEUR LE DOCTEUR DUPONT

En hommage **affectueux.**

MONSIEUR LE DOCTEUR J. DEMAY

Qu'il nous soit permis de le remercier pour son enseignement,
son exemple et la très grande amitié qu'il veut bien nous
témoigner.

En hommage fidèle.

MADAME LE DOCTEUR M. DEMAY

Qui m'honore de son amitié lucide.

Hommage déferent.

AUX MEDECINS-CHEFS DE L'HOPITAL DE SOTTEVILLE-LES-ROUEN

A MESSIEURS LES DOCTEURS AUDISIO

BROCHERIOU

HUGUET

Respectueusement.

A NOS MAITRES D'INTERNAT DANS LES HOPITAUX PSYCHIATRIQUES :

MONSIEUR LE DOCTEUR M. LECONTE

Hommage déferent.

MONSIEUR LE DOCTEUR M. HENNE

Qui nous a fait le très grand honneur de nous enseigner
et de soutenir nos efforts.

Qu'il en soit remercié.

A NOS AMIS ET COLLABORATEURS DANS LE SERVICE DU DOCTEUR BORENSTEIN

- DOCTEUR P. KRAMARZ
- DOCTEUR P. CUJO
- DOCTEUR F. GEKIERE
- MADEMOISELLE M. THOUVENOT, psychologue

A qui nous exprimons nos plus vifs remerciements
pour leur précieuse collaboration.

AU PERSONNEL AVEC QUI J'AI TRAVAILLE.

EXPOSE DES MOTIFS

Depuis l'introduction des neuroleptiques en psychiatrie clinique, l'impression dominante est, qu'à tort ou à raison, la nosographie classique ne répond plus aux normes actuelles des tableaux présentés, et qu'aucune raison scientifique ne guide l'utilisation de tel ou tel produit en thérapeutique tant il est vrai que l'empirisme tient lieu de loi.

Si le psychiatre moyen maîtrise plus ou moins aisément les troubles du comportement des malades mentaux graves ; si la "camisole chimique" rend les services que l'on attend d'elle ; il faut bien dire que nous n'en savons pas beaucoup plus sur la maîtrise des mécanismes intimes des faits pathologiques mentaux. Certes la psychanalyse nous offre au niveau de l'explication, un psychologisme supérieur dont on ne peut plus se passer, mais sa prise sur l'évènement , en ce qui concerne la psychiatrie "lourde" qui amène le malade en fin de compte à l'hôpital psychiatrique est quasi voisine de zéro. Par contre, les thérapeutiques biologiques qui ne nous apprennent rien agissent.

Mais elles agissent d'une manière bien hasardeuse : des tableaux d'apparence univoque se scindent et prennent grâce à leur action des masques différents. Des produits au noyau chimique qualifié d'efficace agissent, d'autres n'agissent pas. Des produits réputés inefficaces agissent dans tel ou tel cas individuel bien particulier sans que l'on puisse expliciter le pourquoi et le comment de la chose.

On ne peut plus faire comme si les syndromes psychiatriques se déroulaient inexorablement comme dans le passé, et comme si une nouvelle psychiatrie sous traitement n'existait pas quotidiennement sous nos yeux. Imagine-t-on une

question d'internat décrivant imperturbablement la typhoïde avec ses septenaires ou la pneumonie avec sa crise comme si les antibiotiques n'existaient pas .

Par contre, il nous semble que personne n'insiste sur ce fond résiduel après thérapeutique, qui fait que aujourd'hui, tous les psychiatres peuvent se mettre d'accord en disant : un tel est un schizophrène à coup sûr. Parce qu'il reste un ensemble de critères absolument irréductibles.

Tout se passe comme si la magie du verbe aidant, le fait visible ne comptait absolument plus, certes la motivation intime, les mécanismes, les structures, les stades pré ou para, les cas limites, tout cela est important à comprendre, à saisir, à connaître. Mais en matière de soins, de médecine, il faut soigner les malades d'abord et avant tout et d'ailleurs la demande est telle, que sans l'efficacité de ces drogues, la société pourrait être acculée à une situation difficile.

Connaître le pourquoi et le comment de la drogue qui permet la psychothérapie la plus fine, l'interprétation la plus audacieuse et qui permet de supporter le centre transfert le plus catastrophique, apparaît comme une des tâches les plus urgentes de la psychiatrie moderne. Elle ne peut plus se satisfaire de l'empirisme actuel, car déjà elle régresse, stagne et s'affole devant l'ampleur des besoins.

D'où la nécessité d'une psychiatrie biologique expérimentale qui ose dire son nom : rechercher d'une façon permanente l'action au long cours des drogues. Etablir des critères scientifiques de contrôle. Chercher par tâtonnements des tests cliniques. Essayer d'orienter plus systématiquement en fonction du diagnostic l'utilisation des thérapeutiques. Remettre à jour par ce travail la nosographie et l'ordonnancement des symptômes ainsi que leur évolution réelle et actuelle, telles sont les tâches urgentes d'une telle psychiatrie.

Ce travail se veut une contribution, très modeste à une telle psychiatrie. Il n'est qu'un aspect des travaux poursuivis tant dans son laboratoire que dans son service par le Docteur BORENSTEIN, Médecin-Chef à l'Hôpital Psychiatrique - Directeur du Laboratoire de Psychopharmacologie Neurophysiologique à l'Ecole Pratique des Hautes Etudes, en psychophysiologie, en psychologie, en électroencéphalographie et en clinique pour essayer de mettre au point de tels critères.

Il est rendu difficile par la fragmentation des équipes de recherche médicale en France, la difficulté de développer ensemble, dans des services différents, des recherches sur des thèmes semblables ou voisins.

En outre, dès lors qu'il s'agit d'expérimentation en clinique médicale, se posent avec acuité des problèmes de morale médicale ; en particulier le droit de faire souffrir, même transitoirement des hommes et des femmes, pour faire progresser nos connaissances? Disons que nous nous sommes constamment posés ces problèmes au cours des deux ans pendant lesquels nous avons travaillé sur un tel sujet. Nous avons dû abandonner en particulier une répétition très poussée des séances et soustraire des sujets qui avaient trop souffert à la séance initiale. Nous n'insisterons jamais assez sur la prudence avec laquelle on peut se livrer à une expérimentation par ailleurs nécessaire.

II - BUTS DE LA RECHERCHE

Le but de la recherche n'est pas de décrire les effets psychopathologiques du Diéthylamide de l'acide lysergique chez l'homme. Nous renverrons pour ce faire le lecteur intéressé aux différents travaux antérieurs parus à ce sujet (WIDLOCHER D. Thèse Paris 1957 - DURAND , Revue générale sur le L.S.D. 1959). Mais partant de ces effets connus et répertoriés d'utiliser le L.S.D.²⁵ chez des malades mentaux avant traitement et au cours de traitements neuroleptiques.

Nous nous sommes posés un certain nombre de questions à l'orée et en cours de cette expérimentation.

- Etant donné l'énorme littérature suscitée par le L.S.D.²⁵ nous nous sommes d'abord posés le problème de savoir s'il existait un effet psychique L.S.D. unique ou bien si cet effet était variable, non plus seulement en fonction de la dose du produit utilisée mais en fonction des structures mentales et de la personnalité des sujets, et partant, en fonction de leur état clinique.

- De là , nous nous sommes posés le problème de savoir si devant des tableaux psychopathologiques d'allure univoque le L.S.D.²⁵ allait avoir la même action ou si une action différente pourrait permettre d'espérer mettre au point un test de diagnostic différentiel.

Devant quelques résultats obtenus, nous nous sommes posés le problème de la possibilité de mise au point d'un test évolutif de certaines affections mentales.

Parallèlement s'ouvrait à nous la perspective d'un test de contrôle de l'action des neuroleptiques utilisés et la possibilité d'une nouvelle classification de certains produits.

Disons tout de suite que les résultats que nous allons exposer semblent dans l'ensemble assez décevants et pauvres. Toutefois, ils permettent de présenter sous un jour nouveau des faits connus et de mettre un peu d'ordre dans des phénomènes présentés en désordre dans des travaux antérieurs ou apparaissant comme mal systématisés, tels sont par exemple, les rires immotivés, les phénomènes visuels qui nous semblent présenter une signification particulière et n'apparaissant pas au hasard des individus et des expérimentations.

Par ailleurs, ils ont permis de déceler des modalités d'action dont les différences semblent significatives entre les neuroleptiques réputés majeurs et utilisés couramment d'une façon quasi interchangeable en clinique.

Notre travail qui s'est pourduivi pendant plus de deux ans nécessiterait évidemment d'être complété par une étude portant sur une plus grande population et sur des produits plus nombreux. Cela n'est guère compatible avec les possibilités actuelles. Nous espérons pouvoir le poursuivre et l'approfondir.

III - METHODOLOGIE ET POPULATION

Après un certain nombre de tâtonnements expérimentaux nous avons décidé de procéder de la manière suivante :

. La L.S.D.²⁵ est injectée à la dose de 1 gamma par kilo de poids chez un sujet à jeun qui a eu un tracé électroencéphalographique et un examen psychiatrique et parfois psychologique préalables.

. Le sujet subit un deuxième enregistrement et un interrogatoire une heure après. Il en va de même trois heures après.

. Dès le lendemain, il est mis à un traitement neuroleptique. La même technique d'examen est reproduite selon les cas et l'état clinique le 8e jour et le quinzième jour, la troisième semaine, au 2e et 3e mois de traitement, etc... Certains malades ont été revus au 12e mois de traitement.

La dose que nous utilisons nous semble être la dose liminaire pour obtenir des réactions psychiques permettant d'être discriminées.

C'est ainsi qu'il nous a semblé indispensable que l'expérimentateur ait une certaine pratique de ce type d'épreuves. Il lui faut en effet se méfier de sa propre subjectivité et de la suggestibilité des sujets. Faire la part de l'accoutumance à la répétition des essais et de l'atmosphère au moment de la séance. Il lui faut essayer d'éliminer ce qui revient à des réactions végétatives (part de la mydriase par exemple dans les phénomènes visuels) pour ne tenir compte que de ce qui est vraiment une modification du psychisme.

Nous avons éliminé les réactions végétatives telles que mydriase, sudation et variations tensionnelles, flou visuel, variations thermiques, etc....

Nous avons retenu les éléments suivants :

- troubles de la conscience et du cours de la pensée
- troubles du temps vécu, et du vécu,
- troubles hallucinatoires ou illusionnels visuels,
- troubles olfactifs ou gustatifs,
- troubles de l'humeur,
- manifestations oniroïdes,
- expériences de dépersonnalisation et de désomatisation,
- composantes érotiques ou érotomaniaques,
- appréhension des objets et de l'entourage.

Dans les conditions de notre expérimentation les effets du L.S.D.²⁵ maxima à la première heure, régressaient progressivement pour disparaître en la règle vers la 8e, 9e heures. Mais il n'était pas rare qu'un certain état de malaise persiste 24 heures ou même 48 heures après. Dans les cas difficiles une injection de chlorpromazine venait à bout de l'anxiété manifestée et des effets désagréables du produit. Nous n'avons observé qu'un cas d'aggravation durable d'un malade après L.S.D.²⁵. Encore ce malade est-il sorti depuis dix-huit mois de l'établissement sans rechute actuelle. Il avait présenté un état de stupeur catatonique qui persista près de deux mois après l'épreuve L.S.D.

Quant à la population utilisée :

Nous avons suivi régulièrement 189 sujets hommes ou femmes adultes. D'autres sujets n'ont eu qu'une seule injection que dans un premier tri nous avons éliminés.

Nous éliminons également 19 sujets pour les motifs suivants :

- Une dizaine n'avait reçu que des correcteurs de type antiparkinsonien (Ethylbenzatropine, Trihexyphénidyle) habituellement utilisés en thérapeutique courante, ce qui nous a permis de vérifier que ces produits ne modifiaient pas d'une manière significative les réactions psychiques d'un sujet à la L.S.D.

- pour les autres, le protocole nous a paru insuffisant dans l'observation clinique où le diagnostic de départ par trop incertain pour être retenu valablement.

La population se répartit de la façon suivante au point de vue nosographique (étant entendu que nous avons adopté la classification de l'Ecole Française de Psychiatrie, et que, pour éviter les contestations, plusieurs médecins du service voyaient séparément le malade et portaient un diagnostic sur le cas).

alcooliques chroniques	: 37 cas
bouffées délirantes	: 20 cas
délires chroniques	: 32 cas
comitiaux	: 25 cas
schizophrènes	: 63 cas

Médicaments employés :

Il faut noter que plusieurs malades ont reçu plusieurs traitements à des époques variées, ce qui explique la disproportion entre les chiffres cités et ceux qui vont suivre. Nous noterons, en incidente, que conformément aux travaux publiés antérieurement, le Chlorpromazine a été utilisé avec succès, comme "antidote" chaque fois que la réaction obtenue était par trop angoissante ou spectaculaire (agitation intense).

• Traitement par	Halopéridol	: 68 cas
	Thioridazine	: 21 cas
	Chlorpromazine	: 38 cas
	Thiopropérazine	: 29 cas
	Fluphénazine	: 20 cas
	Lévomépromazine	: 2 cas
	Diazepam	: 15 cas
	Propéridazine	: 19 cas
		212 cas

Soit au total 212 traitements neuroleptiques ou psychotropes qui ont été contrôlés par l'épreuve L.S.D.

Il convient encore de souligner que nous ne nous sommes absolument pas posés les problèmes soulevés habituellement par l'utilisation des hallucinogènes, c'est-à-dire : niveau d'impact, antagonisme avec la sérotonine, rivalité avec les sérotonine-mimétiques. Mais nous avons voulu, quitte à reprendre des expériences déjà faites, vérifier et décrire ce qui se passait, en tant que phénomènes cliniques et électroencéphalographiques devant nos yeux. Tant il est vrai qu'en dépouillant la littérature existante, les faits cités nous ont paru dans l'ensemble contradictoires.

Nous nous sommes seulement posés des problèmes sur le mécanisme compétitif entre un hallucinogène connu et différentes drogues dont l'efficacité thérapeutique a été reconnue par tous et dont certains ont une action anti-hallucinatoire nette et indiscutable.

Outre l'intérêt spéculatif qu'une telle recherche présente, on en retiendra l'intérêt en ce qui concerne le traitement des toxicomanies à la L.S.D. qui prennent actuellement bien de l'ampleur. Encore qu'à la lumière de notre expérimentation n'est pas toxicomane qui veut et qu'à l'exemple d'autres drogues, il semble vérifiable qu'on réagisse au L.S.D. en fonction de la structure de sa personnalité et non pas seulement de la quantité de la drogue ou de la répétition des expériences. De même, il est vrai que nous n'avons jamais relevé d'appétence, vraie pour le L.S.D. et sûrement pas d'assuétude. Tant il est vrai, que compte autant (du moins à un premier stade) le rituel de l'absorption, l'atmosphère ambiante et les phénomènes d'hystérie collective et de suggestion que l'absorption elle-même. Dans notre service, le caractère de l'expérimentation considéré comme un "test" et souvent comme un test désagréable couplé avec l'électroencéphalographie a fait que jamais avant que la presse n'en parle, l'épreuve L.S.D. n'a été sollicitée ou revendiquée, et ce même par les deux ou trois toxicomanes qui y ont été soumis.

Critique du choix de la population et justification :

On pourrait nous objecter à la lumière des travaux antérieurs que la symptomatologie due au L.S.D. chez des malades mentaux est d'une part beaucoup plus pauvre que chez les sujets sains et que d'autre part, il est difficile de faire la part de l'effet propre L.S.D. devant l'intrication des signes directs du L.S.D. et de ceux d'une psychose par exemple.

En fait, répétons-le, notre problème n'était pas là, le problème n'étant pas de définir un effet L.S.D. propre mais de rechercher, une ou des différences significatives chez un malade avant et en cours de traitement, et de voir si par là on pouvait "contrôler" l'amélioration clinique subjective et les effets de psychotropes utilisés. Nous verrons ce que nous pouvons en penser, en fonction des différents tableaux nosographiques. Notons toutefois au passage, que nous avons dû écarter de cette étude, les états dysthyniques tant l'effet du L.S.D. sur la thymie, avait un effet explosif et contradictoire échappant à toute classification (comme le montrent bien en particulier les travaux de CONDRAU G. 1949).

C'est pour ces raisons également que nous n'avons jamais tenu compte des effets L.S.D. retardés, qui surviennent quelquefois (rarement plusieurs heures ou 24 heures après l'injection). Nous sommes restés pour tous les sujets dans les mêmes conditions de temps. De même et ce malgré l'absence d'amnésie consécutive, n'avons-nous jamais tenu compte des récits postérieurs à l'expérience ; mais nous sommes nous efforcés de rationaliser l'interrogatoire en posant, en la règle, la même série de questions.

IV - PRESENTATION DES RESULTATS

Dans la présentation de nos résultats, nous procéderons de la manière suivante :

- dans une première partie, nous exposerons les résultats suivant les catégories nosographiques choisies au départ;
- dans une deuxième partie, corollaire de la précédente, nous essayerons d'analyser la signification de certains résultats obtenus et de la valeur propre que semble leur attribuer notre expérimentation.
- dans une troisième partie, nous envisagerons les relations du "test" L.S.D. avec les drogues : psychotropes utilisées.

Nous ajouterons, ultérieurement dans un autre travail, à cet ensemble une confrontation avec les importants travaux menés en E.E.G. par P. BORENSTEIN et Ph CUJO avec notre modeste collaboration et qui sont encore en cours : et une ébauche de confrontation avec l'important travail psychologique entrepris par Mademoiselle Marguerite THOUVENOT dans le même cadre de recherches.

A - RESULTATS PAR CATEGORIES NOSOGRAPHIQUES

I - LES ALCOOLIKES CHRONIQUES

Ils représentent un groupe de 37 malades tant hommes que femmes. Bien que clients d'hôpital psychiatrique, et qu'entrés souvent à l'occasion d'épisodes confuso-oniriques, ils représentent dans l'échantillonnage de nos malades ceux dont l'état mental, au "moment" de l'expérimentation se rapproche le plus de la normalité. Ils ne sont pas délirants, ni hallucinés. Toutefois trois d'entre eux ne critiquent pas les idées délirantes antérieures et cinq d'entre eux présentent une thymie modérément dépressive.

Nous devons dire que dans les conditions de notre expérience, nous avons été frappés par la pauvreté des résultats obtenus chez les alcooliques chroniques, et ce, aussi bien en l'absence de traitement, que sous traitement.

En effet :

- En l'absence de tout traitement :

Nous n' avons noté que 3 cas de transformation corporelle et 4 cas patents soit de distanciation d'avec la réalité, soit de francs états oniroïdes.

Nous avons noté également que 4 cas de sujets présentant des phénomènes visuels (apparition de couleurs, déplacements d'objets, mouvance des murs, scène avec personnages visualisés). Deux sujets présentant d'ailleurs l'ensemble de ces trois éléments cliniques spectaculaires.

Si nous examinons attentivement ces cas, nous notons qu'y participent les trois sujets ne critiquant pas les idées délirantes antérieures, ce qui nous fait remettre en question la stabilisation clinique obtenue le jour de

l'expérimentation. Y figure également un ancien toxicomane qui retrouve dans ce qu'il nous décrit une similitude avec les sensations qu'il éprouvait en fumant de l'opium. Y figurent ensuite deux des sujets ayant une thymie modérément dépressive. Pour le reste ce que nous retrouvons le plus souvent c'est un vague sentiment de malaise dominé, soit par des sensations vertigineuses (9 cas) ou un nervosisme mal expliqué (11 cas), soit par une sensation rappelant l'ébriété (8 cas). Neuf sujets seulement ont présenté des variations thymiques, le plus souvent dans le sens de la sub-euphorie mal explicitée. Parmi d'autres sensations dignes d'être signalées notons ; un sentiment de froid ou de chaud (3 cas), un sentiment de lourdeur ou de fourmillement des membres inférieurs (2 cas). Quatorze sujets enfin, ont déclaré n'avoir eu aucun effet, n'avoir pas observé de différence en eux, entre le début de la journée et le déroulement de la séance. Extérieurement, ils ne présentaient que la mydriase habituelle, et pour quelques uns, un faciès rouge.

Mais, même les réactions que nous avons signalées précédemment manquaient, d'une façon surprenante, d'ampleur contrairement à ce que nous avaient laissé entrevoir les travaux de BUSCH et JONHSON qui insistent sur l'action accrue du L.S.D. 25 chez les alcooliques, en raison de leur atteinte hépatique.

Nos patients "encaissent" d'une façon remarquable l'épreuve, ils ne la trouvent jamais agréable et aucun ne nous a demandé spontanément de la refaire. Ils n'en éprouvaient aucun bénéfice et lorsqu'ils comparaient l'action du produit à celui de l'alcool, disaient nettement préférer ce dernier, même lorsqu'ils étaient sub-euphoriques. Notre toxicomane lui-même déclarait préférer et de loin l'opium.

Chez cet ensemble de personnes hospitalisées en raison de leur appétence toxicomane, nous avons été frappés par l'absence de "succès du produit utilisé (il faut dire que la campagne de presse suscitée par le L.S.D. n'avait pas encore eu lieu) et surtout par l'absence de résultats patents.

- Mis sous traitement :

- 10 de ces sujets ont reçu de l'HALOPERIDOL à des doses de 3 à 10 mg par jour.

- 10 de ces sujets ont reçu du CHLORPROMAZINE à des doses variant entre 75 mg et 200 mg par jour.
- 13 de ces sujets ont reçu du DIAZEPAN intra-musculaire à la dose moyenne de 20 mg par jour.
- 2 ont reçu du PROPERICLAZINE à la dose de 30 mg par jour.
- 1 enfin a reçu du LEVOMEPRIMAZINE.

Nous noterons en incidente majeure et qui a été une surprise de notre expérimentation, la très remarquable tolérance de nos sujets aux neuroleptiques à des doses quotidiennes supportées par de grands malades psychotiques. Aucun de ces sujets ne s'est effondré ou n'a pu continuer son activité modeste mais réelle. Tous disaient fort bien supporter les thérapeutiques utilisées, tous paraissaient plus détendus.

QU'EN A-T-IL ETE AVEC LE L.S.D. ?

a - Si nous prenons nos deux cas sous PROPERICLAZINE

Nous devons dire que nous avons choisi le Propériclazine en raison des troubles de la sociabilité que présentaient dans leur curriculum ces deux sujets. Sans que l'on puisse objectiver une structure névrotique classique, ni même des "lambeaux névrotiques" remontant à l'adolescence ou l'enfance; ils n'en présentaient pas moins une authentique biographie de déséquilibré.

Ces deux sujets à la première séance et en l'absence de thérapeutique psychotrope, entrent dans la catégorie de ceux qui ont présenté des manifestations assez importantes : sensation de transformation oniroïde pour l'un (qui voit "les choses et les personnes venir et reculer et qui voit apparaître des fleurs" et qui se sent dans un état second "comme quand il fumait de l'opium"). Vague sensation de transformation corporelle chez le second, celui-ci ne ressent plus qu'un peu d'excitation sous propériclazine. Tandis que le premier ne voit pas son état modifié par le traitement "c'est une ivresse provoquée" nous dit-il où

"l'on voit des couleurs éblouissantes, magnifiques". Il reconnaît toutefois que l'ensemble serait un peu moins efficace, un peu plus atténué qu'à la première séance.

Nous ne pouvons évidemment pas conclure sur ces deux cas, si ce n'est qu'en notant que le Neuloptil n'empêche pas l'apparition d'un état oniroïde.

b - Nos cas sous Halopéridol

Neuf sur dix cas ne varient absolument pas à l'épreuve L.S.D. alors qu'ils ont reçu en moyenne 10 mg d'Halopéridol depuis plusieurs semaines. Ceux qui présentaient de vagues réactions vertigineuses ou thymiques les conservent ceux qui ne ressentait rien, ne ressentent toujours rien et supportent allègrement tant l'épreuve L.S.D. que le traitement neuroleptique.

Notons qu'un des sujets présentait une réaction dépressive à son entrée et chez qui nous la constatons encore lors de plusieurs séances, présente sous L.S.D. un discret mentisme, que ne contrôle absolument pas l'Halopéridol.

Enfin, un seul cas, qui fait problème, et qui se présente comme un alcoolique banal, voit apparaître, et ce exclusivement sous Halopéridol, de riches phénomènes visuels : "les objets sont déformés, le sol vient à lui, apparition de couleurs". Nous répéterons chez ce sujet, l'épreuve sous Largactil et nous n'obtiendrons plus ces phénomènes visuels qui restent dans le cadre de notre expérimentation un cas unique d'hallucinations apparues exclusivement sous traitement chez un alcoolique.

Nous pouvons quand même dire que dans 90% des cas, l'Halopéridol ne s'oppose pas à l'action propre du L.S.D., du moins chez les alcooliques, action propre qui semble d'ailleurs assez minime.

c - Cas sous Diasépan

Nous retrouvons dans 11 cas sur 13, un effet comparable à celui de l'Halopéridol : le peu de réactions produites par le L.S.D. seul (essentiellement sub-euphorie) n'est absolument pas modifié par la drogue utilisée comme

traitement de fond. Le Diazepan ne donne aucun résultat spectaculaire, ni dans un sens, ni dans un autre.

Par contre, dans un cas où à la première épreuve apparaissait un phénomène d'illusion visuelle (le malade voyait la porte qui s'ouvrait et se fermait sans arrêt). Cette illusion ne réapparaissait pas sous Diazepan ; dans un autre cas où à la première épreuve la malade avait l'impression de se dédoubler, en même temps qu'elle ressentait des céphalées intenses ; les épreuves suivantes sous Diazepan n'ont pas permis de retrouver de tels phénomènes.

Ces deux cas semblent quand même indiquer une action possible dans le sens d'une diminution des phénomènes pathologiques (diminution que l'on rapprochera peut-être de l'action assez constante en clinique du Diazepan sur les effets confuso-toxiques chez les éthyliques). Toutefois, il n'y a pas spécificité d'action anti-L.S.D. du Diazepan. En particulier, il ne modifié pas (même dans les deux cas cités en dernier lieu) les modifications dysthymiques déclenchées par le L.S.D.

d - Cas sous Chlorpromazine

7 sujets sur 10 n'ont pas vu leurs réactions au L.S.D. modifiées par l'apport du traitement au Chlorpromazine. Il faut d'ailleurs dire que ces sept sujets avaient des réactions particulièrement modestes à la première épreuve. Mais il est quand même intéressant de souligner à nouveau qu'un de ces cas avait vu l'éclosion de phénomènes hallucinatoires visuels sous Halopéridol et qu'il n'en a rien été retrouvé sous Chlorpromazine.

3 sujets voient leurs réactions modifiées dans le sens d'une diminution : un sujet qui à la première épreuve avait l'impression de voir "une autre lumière fluorescente" et de ne pas pouvoir "tenir un crayon", ne retrouve pas ces impressions ; un autre sujet qui décrivait la première fois un état oniroïde (il voyait comme un nuage, était dans un coton qu'il décrivait de tonalité agréable) ne le retrouve qu'à peine ébauché à la séance suivante ; un troisième enfin voit son mentisme très atténué par la Chlorpromazine.

Ainsi et comme l'indique l'ensemble des travaux antérieurs, la Chlorpromazine semble être un des produits qui contrôle le mieux, le plus rapidement dans le temps des phénomènes mentaux pathologiques apparus sous l'action du L.S.D.

Nous retrouverons pour confirmation cette conclusion dans d'autres catégories nosographiques.

Peut-on dire que les alcooliques représentent un groupe homogène à la lumière de ces expériences : il semble bien, du moins en ce qui concerne les alcooliques chroniques qui aboutissent à l'hôpital psychiatrique, que 80% d'entre eux se caractérisent :

- d'une part, par le peu de réactions qu'ils ont sous L.S.D. produit qui ne les libère pas et ne les satisfait pas .
- d'autre part, par l'absence de phénomènes tels que rires immotivés ou phénomènes hallucinatoires visuels ou phénomènes aigus de dépersonnalisation.

En ce sens, 80% de ces sujets ne présentent aucune filiation avec les états psychotiques que nous retrouverons plus loin. Mais par contre, tout comme les états psychotiques, ils tolèrent remarquablement bien des traitements neuroleptiques, relativement élevés. Pauvreté des réactions, tolérance aux neuroleptiques font de ces malades un groupe authentique qui requiert peut être plus que l'habituelle cure de sevrage, et chez lesquels il serait peut-être intéressant de voir l'effet d'un traitement neuroleptique au long cours en post-cure.

20% environ présentent des réactions dispersées et difficilement systématisables. A considérer la richesse des réactions sous L.S.D. que la banalité du tableau initial pouvait souvent ne pas laisser prévoir, il semble que l'univoquité du tableau clinique doive être remis en question, et que de même que l'on parle d'un alcoolisme "névrotique" on pourrait parler d'un alcoolisme "psychotique" alors même que ni les conduites sociales, ni les contexte mental ne puissent un seul instant permettre de l'envisager. La nature "psychotique"

apparaissant lors-d'expériences dissolutives comme le sont les épreuves à la L.S.D. Il ne s'agit là évidemment que d'une hypothèse qui demanderait à être confirmée sur une tranche de population bien plus importante que la notre. On en rapprochera le cas de certains malades qui se sont présentés à plusieurs reprises comme des alcooliques et qui par la suite se sont révélés être d'authentiques délirants.

Quoi qu'il en soit, nous pouvons confirmer, au vu de ce premier groupe, l'hypothèse que nous avons émis au début de ce travail; il n'existe pas d'effet L.S.D. propre, il existe des réactions L.S.D. en fonction de la structure intime, profonde des êtres et en fonction des neuroleptiques.

II - LES COMITIAUX

Ils représentent un groupe de 25 malades, groupe assez hétérogène, compte tenu du fait que trois d'entre eux sont considérés comme des épilepsies post-traumatiques, un autre est un schizophrène lobotomisé, quatre sont des délirants avec ou sans hallucinations et plusieurs, bien qu'ayant après un long sevrage, un tracé E.E.G. d'épilepsie confirmée, et présentant des crises généralisées, ne sont entrés à l'hôpital qu'à l'occasion d'ivresses pathologiques. Nous avons été amenés à cet échantillonnage, en raison de la rareté des hospitalisations pour épilepsie à l'hôpital psychiatrique.

Il va de soi, que aucun de ces malades n'a été privé de son traitement anti-comitial au cours de ces épreuves. La première se déroulant sous ce traitement, qui est varié suivant les cas (Dihydane, Orténal, Tégretol, Gardénal).

Au point de vue traitement :

- . 7 malades ont reçu de l'Halopéridol, et
- . 17 du Propériclazine (15 de ces malades ont reçu successivement l'un, puis l'autre de ces traitements).

Nous noterons, un cas sous Chlorpromazine, un cas sous Thioridazine.

Les Résultats

A - Sous traitement anti-comitial simple :

1 - Les épilepsies post-traumatiques

Les trois sujets ont présenté peu de réactions : du type de celles rencontrées chez les alcooliques chroniques : labilité thymique, sentiment de variations de la température, vague sentiment de malaises, à dominante vertigineuse assez accentuée dans un cas pour évoquer une impression de chute imminente et de mort.

Mais ces trois sujets ne présentaient aucune réaction spectaculaire anxieuse, aucun élément hallucinatoire, aucune réaction de type psychotique.

2 - Les délirants

Le schizophrène lobotomisé n'a présenté aucune réaction appréciable : il s'est senti surtout extrêmement détendu et sub-euphorique, sans que rien ne marque cet état.

Par contre, les quatre délirants ont présenté des réactions assez caractéristiques, où dominaient les éléments que nous retrouverons à des titres variés chez les psychotiques : tous quatre ont présenté des troubles marqués de la vigilance extérieure : fading, semi-mutisme, baisse de l'attention, somnolence dans deux cas, rires immotivés dans deux cas, phénomène illusionnel visuel dans un cas, sentiment aigu de dépersonnalisation dans un autre cas.

Il semble évident que chez ces quatre malades, ce qui semble l'emporter, ce sont les éléments d'allure psychotique ; l'épilepsie, le traitement anti-comitial, ne semblent pas jouer de rôle majeur.

3 - Les autres malades

Nous noterons qu'il s'agit de malades internés surtout à l'occasion de troubles graves du comportement et que dans l'ensemble la comitialité est relativement bien contrôlée par le traitement anti-épileptique.

13 de ces malades n'ont pas présenté de grandes réactions, on retrouve les éléments précédemment décrits : sentiments de malaises et d'énervement, variations thymiques, sensations vertigineuses. Mais deux éléments nouveaux font leur apparition dans ce groupe : une sensation de fatigue, voire de somnolence marquée (peut-être due à l'action combinée L.S.D.-traitement anti-comitial) et des céphalées muccales assez fréquentes avec nausées importantes.

4 autres malades présentent des réactions un peu particulières (ajoutées d'ailleurs aux précédentes) : trois de ces malades présentent des rires - trois malades présentent également des phénomènes visuels : modification des couleurs dans un cas, dédoublement des objets et apparition de "papillotes" dans deux cas, extériorisation d'une proposition érotomaniaque dans un autre cas. Ces quatre malades semblent donc présenter des réactions d'allure plus "psychotique" qui les isolent du reste des autres malades.

Nous pouvons déjà observer que 16 malades sur 20 qui ne présentaient pas aux examens cliniques antérieurs de troubles délirants réagissent dans l'ensemble comme réagissaient les alcooliques, avec le correctif d'une certaine somnolence. Mais que dans ce groupe une fraction minoritaire découvrait également des potentialités d'allure psychotique.

B - Sous traitement neuroleptique

Eliminons notre schizophrène lobotomisé qui sous Thioridazine présente exactement le même tableau, se disant détendu et sub-euphorique.

1 - Les épilepsies post-traumatiques

Les trois malades soumis à des traitements divers (Chlorpromazine un cas, Nalopéridol deux cas, Propéridazine un cas) ont présenté le même type de réactions que lors de la première épreuve avec toutefois une atténuation des effets sous Propéridazine et chlorpromazine).

2 - Les délirants

Présentent des réactions variées, dispersées que ce soit sous Halopéridol ou Propéridazine, majoration des troubles avec explosion de rires dans un cas sous les deux traitements ; disparition des troubles sous Propéridazine dans un autre cas : apparition de phénomènes visuels (objets déformés, micropsie) sous Halopéridol dans un autre cas et sous Neuleptil dans un autre cas (apparition de rayures et de demi-cercles).

Il semble pour ces cas (et nous retrouverons ce principe chez les psychotiques) que ce qui est important est l'état clinique du malade, les phénomènes visuels n'apparaissant qu'à un certain stade "d'acuité", "d'évolutivité" de la maladie, que contrôlent plus ou moins bien les neuroleptiques.

3 - Les autres malades

12 des treize malades précédents retrouvent le même type de réactions modérées qu'en l'absence de traitement psychotrope : l'halopéridol ayant plutôt tendance à conserver l'amplitude des réactions (voire à y ajouter un sentiment dit de faiblesse dans les jambes) et le Neuleptil . aurait plutôt tendance à les diminuer, à les atténuer.

Un cas qui se présentait autant comme une alcoolique qu'une comitiale voit apparaître sous Halopéridol des rires immotivés, et au cours de la dernière séance sous Neuleptil d'importants phénomènes visuels (objets en mouvement, figures déformées, apparition de couleurs vertes, bleues, rouges). Nous ne pouvons que constater cette réaction.

Quant à nos quatre sujets qui présentaient des réactions d'allure psychotique , ils ont tous quatre été admirablement contrôlés par le Neuleptil et ne présentent plus que des réactions très banales.

Par contre, l'un deux présente une véritable réaction explosive sous Halopéridol; scène figurée érotique, vision de couleurs, éclats de rires, et ce à plusieurs séances successives ; et un autre ressent un important sentiment de modification corporelle . Deux enfin ne ressentent rien.

C'est dire qu'il est extrêmement difficile de conclure devant la dispersion de nos résultats et la faiblesse de l'échantillonnage.

Nous en retiendrons cependant ceci :

- que la majorité des comitiaux simples ou post-traumatiques ne présentent que des réactions banales, se rapprochant de celles des alcooliques.
- qu'il existe, comme chez les alcooliques, une minorité réagissant en fonction de la personnalité profonde et dans un sens psychotique, et cela, en l'absence de tout élément sémiologique initial.
- que dans l'association syndrome délirant-comitiale, les malades ne réagissent pas d'une manière spécifiquement "comitiale" mais plus comme des psychotiques, Le type de réaction variant avec l'état clinique du malade.
- Enfin, que des deux thérapeutiques utilisées, l'Halopéridol contrôle moins bien l'ampleur des réactions L.S.D. et peut même susciter l'éclosion de phénomènes visuels. Alors que le Neuleptil, semble dans l'ensemble avoir un effet plus atténuant sans que cet effet soit absolu.

III - LES BOUFFEES DELIRANTES

Avec ce groupe de malades, nous entrons dans un monde psychopathologique totalement différent de celui des sujets qui faisait l'objet des chapitres précédents.

Ici, le L.S.D. semble mériter pleinement son titre d'hallucinogène tant seront riches les symptômes et les élaborations mentales, illusionnelles en particulier.

Nous avons regroupé sous l'étiquette "Bouffées délirantes" des expériences délirantes primaires survenant soit la première fois chez des sujets en général jeunes, soit se répétant à des intervalles extrêmement distants chez d'autres sujets.

Ils sont 21 malades.

Au point de vue traitement, ils se répartissent de la manière suivante :

Halopéridol	: 9 cas
Chlorpromazine	: 8 cas
Thiopropérazine	: 2 cas
Thioridazine	: 1 cas
Diazepan	: 1 cas
Fluphénazine	: 2 cas

A - En l'absence de tout traitement.

Tous ces sujets ont vécu leur première séance, en pleine phase d'acuité pathologique, c'est dire la difficulté du contact, mais aussi le fait important de constatation qu'est la variabilité de l'effet L.S.D. en fonction de l'état clinique, un même sujet réagissant très différemment en cours d'épreuves successives.

On notera d'emblée, la fréquence des phénomènes visuels : 12 cas sur 20, soit 60%.

Ces phénomènes sont parfois simples (vision de couleurs éclatantes, déplacement d'objets) mais sont quelquefois très élaborés: scènes visualisées avec apparition de parents pour une malade, présence du malade dans un labyrinthe étrange où elle monte et descend ; apparition de lettres sur le front de l'examineur dans un autre cas ; une autre malade ne peut nous décrire la scène, mais nous dit "c'est la guerre".

Nous verrons plus loin que chez d'autres malades de ce groupe, des phénomènes visuels apparaîtront en cours de l'évolution et nous dirons ce que nous en pensons.

Le deuxième élément important est l'état d'excitation avec dysphorie, puis d'énervement dans lequel l'épreuve met les sujets (douze cas sur vingt); dans d'autres cas, ce sentiment s'arrête à une première phase d'euphorie et de détente d'aisance (trois cas).

Un troisième élément important est la présence de rires immotivés ou d'envies de rire, encore que cet élément ne se retrouve que dans cinq cas (25%).

Par ailleurs, la plupart des sujets découvrent (mais il est difficile de faire la part de l'état pathologique préalable) une sorte d'état oniroïde, marqué d'une note affective certaine "c'était à la fois affreux et comme quelque chose de divin" nous dira une malade ; d'autres nous diront "être plus extérieur par rapport à leurs voix" ; un autre dira "c'est comme si je suis habité par une haine intérieure". Pour ces sujets, le L.S.D. semble avoir un certain effet

libérateur des défenses ou de l'angoisse, sans que l'on puisse préciser le "pourquoi" de cet effet.

Ces éléments souvent associés chez le même malade, font de l'épreuve quelque chose d'assez spectaculaire, sans rapport aucun avec les catégories précédemment décrites, même aux doses minimales utilisées ; il se passe "quelque chose" difficilement codifiable, mais réel.

B - Epreuves avec traitement psychotrope

1 - Les cas sous Halopéridol

Il s'agit d'un groupe de 9 sujets, trois de ces malades qui ne présentaient pas au cours de la première épreuve de phénomènes visuels, en ont présentés au moins à une des épreuves suivantes. Les trois sujets ont présenté ces phénomènes lors d'une période où ils allaient moins bien ; comme si ces phénomènes apparaissaient en période d'évolutivité de la maladie.

Quatre sujets présentaient des phénomènes visuels à la première épreuve, ces sujets voient ces phénomènes s'atténuer au cours des épreuves suivantes et même disparaître, dès lors que leur état clinique s'améliore. L'un d'eux au cours d'une rechute féconde et sous le même traitement d'Halopéridol retrouve les mêmes phénomènes.

Si l'on compare les phénomènes visuels aux autres éléments cliniques, on peut constater que lorsque l'état clinique des malades ne s'améliore pas, ce n'est pas l'Halopéridol qui contrôlera les effets propres au L.S.D. : persistance des rires immotivés, ou même apparition, élaboration de scènes à tonalité érotique (deux cas ; sentiment d'évanouissement, de chute imminente qui apparaît dans quelques cas ; tendances impulsives et même passage à l'acte (quatre cas).

L'Halopéridol seul ne nous a pas semblé pouvoir contrôler aucun des phénomènes que déclenchait par ailleurs le L.S.D., il nous a semblé même que qualitativement il avait peut être une tendance à permettre l'amplification des réactions au moins thymiques ou agressives.

Enfin, au moment de la liquidation de la bouffée délirante et lors de l'ultime épreuve L.S.D., il n'existait pratiquement plus de réactions.

2 - Epreuves avec le Chlorpromazine

Il s'agit d'un groupe de huit malades (dont une qui recevra en outre de l'Halopéridol après l'échec de la Chlorpromazine).

Deux de ces sujets qui ne présentaient pas de phénomènes visuels lors de la première séance, en présentent à l'une des séances suivantes et ce, dans les mêmes circonstances qu'avec l'Halopéridol, au cours d'un moment fécond.

Quant à ceux qui présentaient des phénomènes visuels lors de la première épreuve, ces phénomènes finissent par disparaître dès lors que l'état clinique s'améliore. Mais en plus, et d'une manière constante, la chlorpromazine semble le produit qui a l'action la plus spécifique sur l'effet L.S.D., tassant les choses, ne laissant subsister qu'un sentiment de malaise, d'étrangeté, de lourdeur. On notera cependant que la chlorpromazine ne prévient pas le sentiment d'évanouissement, de mort imminente, assez particulier à ce groupe de malades et qui ici apparaît trois fois (avec une fois une sensation de transformation corporelle d'un hémicorps).

Hormis cette épreuve, sous chlorpromazine, le tableau ici n'a jamais été dramatique, ni ample, le malade prenant une certaine distance vis à vis de ce qu'il ressent, et le supportant mieux et ceci apparaît encore plus nettement lorsque l'on compare ce groupe de malades avec ceux qui ont reçu de l'Halopéridol.

3 - Epreuves avec d'autres traitements

La malade sous Diazepan qui présentait d'importants phénomènes visuels et dont l'amélioration clinique est importante sous Diazepan, ne ressent pratiquement pas d'effets aux épreuves suivantes et ce, au fur et à mesure de l'amélioration de son état clinique (quelques vagues phénomènes visuels persistent à la deuxième séance).

Le cas sous Thioridazine est plus particulier : alors que son état clinique est très amélioré, il présente sous traitement des réactions nettement plus importantes que la première fois, réaction de panique anxieuse, discours diffluent et très délirant qui disparaîtra quatre heures après l'injection de L.S.D. et ne réapparaîtra plus jamais au cours des épreuves suivantes.

Quant aux deux cas sous Thiopropérazine, on retrouve là encore la corrélation entre l'état clinique et l'effet L.S.D. Mais la Thiopropérazine colore d'une tonalité particulière le déroulement de l'épreuve, il favorise d'une façon indiscutable l'anxiété du sujet et confère de ce fait une allure dramatique à l'épreuve, le sujet souffrant beaucoup (et ceci est frappant pour un des sujets qui recevra ultérieurement du Fluphénazine, ressentira les mêmes effets en particulier des phénomènes visuels très marqués mais qui les vivra d'une manière nettement moins dramatique). Nous retrouverons cet effet propre au Thiopropérazine ultérieurement.

En conclusion

Quel que soit le devenir de ces malades, et les réserves que l'on puisse porter sur notre classification nosographique, on reste frappé d'un certain nombre de concordances :

- Extraordinaire fréquence des phénomènes illusionniques ou hallucinatoires visuels, au total 17 cas sur 20 ; richesse que l'on ne retrouve dans aucun autre groupe , phénomènes qui apparaissent à un instant évolutif du processus pathologique, à mi-chemin de l'acuité maxima et de la sédation des éléments pathogènes.
- Ampleur des réactions à l'épreuve L.S.D. : avec vécu étrange, action sur la pensée qui tantôt est décrite comme éclaircie, tantôt obscure.

- Apparition d'éléments que l'on retrouvera souvent chez les schizophrènes : rires immotivés, sentiment de mort imminente.
- Corrélation nette entre l'état clinique et les effets L.S.D. Cette corrélation est telle, nous l'avons dit, que les produits utilisés n'ont qu'un rôle indirect, amplifiant les réactions pour l'Halopéridol, les diminuant pour le Chlorpromazine par exemple; dans la mesure où ces réactions existent. Et elles n'existent qu'en fonction de l'état clinique du sujet, se modifiant et s'atténuant souvent lorsque cet état s'améliore.
- Enfin, action différente des médicaments utilisés : rôle amplifiant du Thiopropérazine, "raboteur" et sédatif du Chlorpromazine, peu d'effets de l'Halopéridol.

IV - LES SCHIZOPHRENES

Ils représentent un important groupe de 63 malades. Au point de vue âges :

35 de ces malades ont entre 18 et 32 ans,
22 de ces malades ont entre 33 et 45 ans , et
5 plus de 45 ans.

Les syndromes hébéphréno-catatoniques dominent largement ce groupe de malades. Et ces malades hormis deux exceptions, ont un temps d'évolution à partir de la première hospitalisation en milieu psychiatrique d'au moins dix-huit mois. Pour certains, l'hospitalisation remonte à plus de dix ans' .

Les traitements ont été répartis de la manière suivante :

Halopéridol	: 15 cas
Thioridazine	: 18 cas
Chlorpromazine	: 6 cas
Thiopropérazine	: 22 cas
Fluphénazine	: 11 cas
Diazepam	: 2 cas

Sept de ces malades ont reçu à des époques différentes deux produits différents, et deux successivement ont reçu trois produits.

Les Résultats

A - En l'absence de tout traitement

Ici plus qu'ailleurs, il faut souligner avec d'autres auteurs la difficulté à interpréter des signes où s'intriquent ceux directs dus au L.S.D. et ceux de la psychose. Si l'on y joint la détérioration "asilaire", on mesurera encore mieux la complexité du problème.

On ne peut toutefois parler de "symptomatologie plus pauvre" chez les psychotiques que chez d'autres sujets. Disons que l'expression verbale est plus hardue comme l'ont fait CONDRAU G., GIACOMA, BELSANTI R. (1959), de "tolérance" plus grande des schizophrènes au L.S.D. Nous verrons, en effet plus loin, que l'effet L.S.D. est fonction de l'état clinique et de la structure. Bref, de l'évolution pathologique au "moment" de l'épreuve. La tolérance soulignée par les auteurs précédents n'a pas été retrouvée lors de notre travail chez notre groupe de malades schizophrènes et cette tolérance est peut être en rapport avec la méthodologie utilisée par ces auteurs.

Quoi qu'il en soit, nous noterons en l'absence de toute thérapeutique, les résultats suivants :

Nous ne serons pas étonnés de voir que les malades ayant plus de cinq ans d'évolution continue, soit 18 malades en tout, sont ceux qui nous ont donné le moins de renseignements verbaux. Mais nous ne pouvons pas pour autant les classer à part, tant il est vrai, que les résultats pour l'ensemble du groupe schizophrènes sont extrêmement dispersés, fragmentaires, et pour un même malade, variables même dans le relatif court laps de temps qu'est l'entretien (ainsi nous est-il difficile d'envisager les phénomènes thymiques : le même malade se disant extrêmement détendu et quatre minutes plus tard faisant une crise d'agitation ou se mettant à pleurer).

Par ailleurs, nous verrons plus loin qu'il nous est impossible de nous fier au critère "temps d'évolution" car des tableaux d'allure univoque, de durée égale se verront scinder en cours d'expérimentation, et se rangeront en des sous-groupes différents.

Deux éléments se sont présentés avec une relative fréquence au cours de cette première série ; tout d'abord, rires et sourires immotivés : 27 malades sur 63 (soit 42 %) en ont présentés. Il est à noter que aucune observation clinique de ces malades ne les mentionnait au cours des examens antérieurs. Très sollicités par nous, les malades n'en ont jamais fourni d'explications, alors que par ailleurs, ils fournissaient d'autres explications ; on ne peut les attribuer à un phénomène musculaire simple car dans certains cas il s'agissait de petits sourires, dans d'autres de véritables rafales de rires. Et nous avons éliminé les cas où l'hilarité se raccordait à des hallucinations auditives où des scènes visuelles.

Le deuxième élément est un tableau complexe qui va de l'accentuation de l'aspect hagard et de la perplexité à une agressivité marquée, impulsive voire à des véritables crises d'agitation sans qu'il s'agisse d'une accentuation de phénomènes confusionnels ou hallucinatoires. 37 malades (55 %) ont présenté un tel tableau, et on peut y ajouter 7 autres qui nous ont exprimé un sentiment d'angoisse indicible, avec pour trois d'entre eux un sentiment de mort imminente. Ce tableau est assez spectaculaire, le malade montrant en la règle des signes importants de souffrance, mais ne dure pas plus de deux-trois heures.

Des phénomènes visuels, identiques à ceux décrits dans les bouffées délirantes figurent dans dix cas : il s'agit toujours de sujets jeunes qui ont présenté une évolution relativement courte de la maladie, mais qui se présentaient sous la forme hébéphréno-catatonique la plus classique.

Les autres éléments recueillis restent plus parcellaires mais sont quand même intéressants à noter :

Nous avons été frappés par le petit nombre de malades qui contrairement à d'autres travaux ont éprouvé un sentiment favorable à l'issue d'une séance de L.S.D. Neuf sujets seulement, encore quatre d'entre eux ont-ils été par la suite tendus et énervés.

Peu de malades ont signalé des vertiges (quatre), de la somnolence (cinq) de la remémoration du passé (trois). Un seul a décrit un authentique sentiment de dépersonnalisation qu'il n'avait jamais extériorisé au préalable. Un autre a présenté une crise oculogyre. Enfin, apparaît un élément nouveau : six malades ont développé spontanément des thèmes érotiques, tantôt visualisés, tantôt évoqués mentalement, à tonalité agréable ; se manifestant soient par des projections érotomaniaques, soient par des scènes où figurant des personnages dévêtus.

Quant à un certain état que l'on peut qualifier de sub-confusion, il ne figure que dans douze cas ; encore semble-t-il beaucoup plus atténué que dans les catégories précédentes comme nous le dit un de nos malades qui décrit très bien cet état : "j'ai des difficultés à concentrer mes idées, j'éprouve des difficultés à me mouvoir avec un décalage des ordres, des perceptions, des exécutions, c'est vaguement déréel".

Au total, si l'expression verbale des malades est incontestablement moins riche que chez beaucoup de sujets d'autres groupes, le L.S.D. est un produit aussi actif ici qu'ailleurs ; l'expression en étant autre, mais l'on voit mal ce produit agir comme adjuvant à une psychothérapie quelconque, l'angoisse manifestée le plus souvent restreignant plus le contact qu'il ne l'élargit.

B - Epreuves avec traitement psychotrope

1 - Avec l'Halopéridol

Ce produit ne semble pas modifier par lui-même les réactions du L.S.D. propres au sujet. Lorsqu'elles existent, ces réactions varient en fonction de l'état clinique du malade (d'où action par raccroc de l'Halopéridol). C'est ainsi qu'un sujet qui n'est pas amélioré cliniquement présentera, aux épreuves suivantes, en présence d'Halopéridol, les mêmes réactions qu'à l'épreuve initiale. Par contre, si son état est amélioré, les réactions peuvent être différentes.

15 sujets ont reçu de l'Halopéridol : nous constatons une aggravation des réactions qui prennent un tour spectaculaire chez un sujet aggravé cliniquement.

Ailleurs, on note au fur et à mesure de l'amélioration clinique, l'apparition dans deux cas de phénomènes visuels assez simples du type modification des couleurs environnantes, une impression de vivre dans un rêve, d'être différent dans trois cas ; des modifications thymiques dans le sens de l'euphorie dans trois cas ; une réaction élaborée de fuite chez un sujet depuis dix ans inerte et apragmatique. Des rires immotivés apparaissent dans un cas. Ainsi, dans l'ensemble, les modifications semblent être peu significatives et dispersées. Tout au plus, devons nous signaler un sentiment de lourdeur dans les jambes fréquemment rencontré chez les sujets qui reçoivent de l'Halopéridol et une certaine action sur l'instabilité posturale qui est moins importante qu'à la première séance. Encore faut-il faire la part de l'accoutumance du malade à la séance.

L'apparition de phénomènes visuels coïncide avec une "régression" du syndrome pathologique de malades inertes, apragmatiques et qui se remettent à une certaine activité avec une élaboration délirante plus extériorisée, comme si ces phénomènes visuels correspondaient à un état fécond antérieur à la dégradation.

Enfin, nous pourrions comparer ultérieurement l'action de l'Halopéridol à d'autres produits dans quatre cas qui ont reçu successivement d'autres traitements. Mais cette série d'observations nous confirmera le peu d'effets directs propres de l'Halopéridol sur le L.S.D.

2 - Avec le Thioridazine

Nous retrouverons avec le Thioridazine des effets sensiblement superposables à ceux obtenus avec l'Halopéridol. D'ailleurs, deux de nos 18 malades ont reçu successivement les deux produits et nous retrouvons des réactions identiques. A l'un d'entre eux nous avons ensuite associé du Thiopropérazine et nous avons obtenu alors une réaction explosive d'angoisse, d'agressivité et d'instabilité posturale.

Toutefois ici, nous n'avons pas retrouvé de sensation de lourdeur dans les jambes qui est particulière à l'Halopéridol.

En définitive, neuf sujets n'ont présenté que fort peu de réactions sinon une certaine agressivité à toutes les épreuves. Il s'agit pour tous les cas de schizophrénies anciennes et fixées dans un stade de dégradation.

Pour les autres cas, c'est toujours lorsque l'état clinique du malade bouge que les réactions au L.S.D. varient : si l'état est identique, les réactions sont identiques, ainsi dans trois cas, nous retrouvons chez des sujets jeunes, les mêmes phénomènes visuels tout aussi élaborés que la première fois. Lorsque l'état s'améliore d'autres phénomènes apparaissent ou disparaissent, ainsi deux malades suffisamment améliorés pour être sortis ne retrouvent plus les phénomènes visuels décrits auparavant ; un des malades moins bien cliniquement a une réaction nettement plus agressive et impulsive à la séance. Un autre extériorise des thèmes délirants plus importants et si les rires immotivés disparaissent dans trois cas, ils apparaissent dans un autre cas ; enfin un autre malade nous décrit d'une manière identique ce qui se passe sans le Thioridazine et avec le Thioridazine : "j'ai l'impression que les personnages autour de moi, je n'arriverais pas à les toucher, pour vérifier si ils existent, et en plus les objets autour de moi s'éloignent et bougent".

En définitive, on ne peut décrire une action propre spécifique du Thioridazine sur l'effet L.S.D. ; il n'agit que par ricochet lorsqu'il améliore le tableau clinique. Nous verrons qu'il n'en est pas de même pour d'autres produits utilisés.

3 - Avec le Chlorpromazine

Six malades ont reçu du Chlorpromazine, quatre de ces sujets sont de vieux malades dont nous n'avons pas pu obtenir de grands renseignements ; l'un d'eux nous dit seulement que "ça l'énerve moins" avec le Chlorpromazine ; pour les deux autres malades, l'effet est variable avec l'état clinique : phénomènes visuels apparaissant ou disparaissant pour l'un d'entre eux au fur et à mesure des modifications cliniques : apparition pour l'un des phénomènes colorés au cours d'une phase d'amélioration clinique. Mais les malades vivent leurs phénomènes dans une atmosphère moins angoissante, qu'en l'absence du traitement,

ils contrôlent mieux et les vivent comme des phénomènes extérieurs à eux. Le Chlorpromazine semble être un des produits qui contrôle le plus activement les manifestations anxigènes créées par l'action du L.S.D.

4 - Avec le Thiopropérazine

Apparaît une série de phénomènes curieux où s'atténue beaucoup la correspondance entre l'évolution de l'état clinique et l'effet L.S.D. Le Thiopropérazine semble agir nettement pour son propre compte modifiant constamment les résultats obtenus.

La note la plus importante, et qui se retrouve chez 18 des vingt-deux malades examinés, est l'apparition d'un état d'angoisse important qui se traduit par une accentuation ou une apparition de l'instabilité, de l'agitation, de l'énervement, voire d'impulsions, auxquels s'ajoute souvent un sentiment de contractions vraisemblablement dû aux effets secondaires du produit. Si l'on ajoute que neuf sujets décrivent un sentiment du vécu, fait d'étrangeté, de dépersonnalisation, de déréalité, de rêve comme l'illustrent les réponses ci-après, on verra toute l'intensité des réactions obtenues à l'aide du Najeptil : "Cela me semble bizarre, tout me semble désintégré, réintégré ; aussi c'est comme si la table serait une matière mouvante" nous dit un malade qui cliniquement va nettement mieux et qui sous Halopéridol, n'avait pas du tout présenté les mêmes impressions. "Cela m'a fait l'effet de n'être plus moi-même, de ne pas pouvoir me défendre..... contre mes rêves" nous dit un autre. "C'est un sentiment désagréable parce que cela donne une impression de devenir faible, faiblesses physique et psychologique" nous dit un troisième.

"Les objets adhèrent à moi, deviennent plus compacts, je suis un Dieu sous l'effet de cette piqure, c'est comme si il y avait trop de pesanteur" nous dit un quatrième. Enfin un cinquième, "Je crois rêver, j'avais une idée formidable de ce que j'avais rêvé ; c'est du roman, des images brèves"

A côté de ces réactions importantes, on peut noter l'apparition de phénomènes visuels dans cinq cas, qui sont très élaborés dans quatre d'entre eux

alors qu'un seul malade qui en présentait à la première épreuve les voit disparaître.

Ceux qui en présentaient à la première épreuve, les voient en la règle, enrichis comme ce malade qui en l'absence de tout traitement ne voit qu'un brouillard devant les yeux, et qui sous Thioridazine ne voit que des objets qui défilent où qui sont des travers, voit avec la Thiopropérazine, outre les mêmes phénomènes, "un cauchemar effroyable avec des images lumineuses de femmes qui tournent autour de moi".

On notera également dans cinq cas l'apparition de rires totalement immotivés. A l'inverse, et beaucoup plus rarement trois de nos malades présentent une atténuation de l'angoisse et de l'agitation, avec pour l'un un sentiment de détente et pour un autre une franche euphorie.

Enfin quatre malades nous ont exprimé leur sentiment que les sens avaient plus d'acuité, que la pensée est plus claire et plus lucide ; et deux autres malades ont exprimé des thèmes érotiques pour la première fois.

On voit donc, bien que la Thiopropérazine ne laisse pas le sujet indifférent lorsqu'il reçoit du L.S.D. et cela est vrai, aussi bien pour les malades jeunes à l'évolution relativement courte, que pour les malades ayant de nombreuses années d'évolution.

Quant à la correspondance avec la clinique, elle nous semble, si l'on s'abstient de tenir compte de l'effet propre au Thiopropérazine, vraie en ce qui concerne l'apparition ou la présence des phénomènes visuels qui apparaissent à un instant "évolutif" d'une maladie qui dans beaucoup de cas apparaissait comme fixée. Il n'en va pas de même, nous l'avons vu pour l'aspect déréel du tableau produit, ni pour l'apparition des rires immotivés qui nous paraissent bien dispersés.

Nous pouvons dire en conclusion que le Thiopropérazine est un potentialisateur des effets du L.S.D. mais il joue aussi dans la réaction un rôle propre amplifiant le caractère angoissant et déréel de la situation.

5 - Avec le Fluphénazine

Ce produit a été utilisé chez 11 malades de cette série cinq d'entre eux avaient reçu au préalable du Thiopropérazine, trois n'ont reçu les séances L.S.D. qu'avec le Fluphénazine, un avait reçu du Chlorpromazine et l'autre de l'Halopéridol.

Il n'y a aucune comparaison possible entre l'effet du Thiopropérazine et celui du Fluphénazine, celui-ci ne déclenche jamais les effets angoissants ou d'agitation dus au produit précédent ; on retrouve ici un rapport net entre l'évolution de l'état clinique et les modifications sous L.S.D. en particulier, en ce qui concerne l'apparition de phénomènes visuels. On notera toutefois une certaine spécificité dans l'apparition dans six cas sur onze d'un état désagréable mi-oniroïde, mi-vaporeux que les malades décrivent de la manière suivante :

"J'ai l'impression que le milieu ambiant se désorganise" dit l'un.

"Je suis groggy, j'éprouve des difficultés à me mouvoir et j'ai des difficultés à concentrer mes pensées" dit un autre. "Ce n'est pas une sensation agréable parce que l'on a l'impression de perdre le contrôle de soi-même" dit un troisième. Cet état est décrit avec détachement même si il est vécu désagréablement ; il n'y a plus là, la même participation intense du sujet sous Thiopropérazine, ni les mêmes expériences limites de dépersonnalisation ou de déréalité.

Comme autres effets, signalons l'apparition dans deux cas de rires immotivés, et dans deux autres cas une amélioration assez importante et transitoire du contact, véritable phénomène de libération verbale qui a eu lieu pendant la séance.

On conclura que notre expérience du Fluphénazine est trop réduite le nombre de sujets trop limité pour pouvoir tirer autre chose que des points de comparaison avec d'autres produits.

6 - Quant aux deux cas sous Diazepan

Aucun résultat tangible ne peut être tiré de ces deux cas : les réactions des deux malades variant au fur et à mesure de leur amélioration clinique. On notera toutefois dans un cas, alors que le malade est très amélioré, l'appari-

tion de rires immotivés qu'il décrit bien "ce sont des rires inverses si on peut dire, je suis choqué moralement et je ris, c'est horrible de ne pas pouvoir parler sans avoir à rire".

En conclusion

Nous répéterons qu'il est difficile de faire la part du vécu pathologique préalable avec sa distorsion au niveau de l'explication et des effets de l'expérience. Cependant en objectivant les signes, en essayant de n'influencer en rien le sujet , on retiendra et nous y reviendrons, la spécificité psychotique d'un certain type de réactions : rires immotivés, scènes visuelles élaborées, caractère particulièrement déréel des états d'allure oniroïde. On retiendra encore le rôle très particulier du Thiopropérazine et l'aspect antidote du Chlorpromazine.

V - LES DELIRANTS CHRONIQUES

Il s'agit d'un groupe en apparence disparate de 33 malades puisque pour certains d'entre eux, il s'agit de délires chroniques, évoluant après accidents aigus d'alcoolisme, pour d'autres de délires flous peu systématisés, pour d'autres enfin, de délires systématisés.

En fait, plusieurs caractères communs les réunissent : d'abord leur âge, hors trois cas, tous ont plus de 35 ans et pour 28 d'entre eux plus de 40 ans, mais moins de 65 ans.

Tous ont vu leur délire évoluer depuis de nombreuses années et tous ont vécu des hospitalisations répétées et intermittentes sans aucun élément dissociatif qui alternaient avec des périodes où le pragmatisme était satisfaisant.

Au point de vue traitement :

- . 12 de ces malades ont reçu de l'Halopéridol
- . 13 de ces malades ont reçu de la Chlorpromazine
- . 5 de ces malades ont reçu de la Thiopropérazine
- . 7 de ces malades ont reçu de la Fluphénazine
- . 1 de ces malades a reçu de la Thioridazine
- . 1 de ces malades a reçu de la Lévomépromazine

A - En l'absence de tout traitement

La réaction L..S.D. donne dans l'ensemble une situation ambiguë pour la majorité des sujets que l'on peut qualifier de "malaise euphorique" comme le décrit si bien un de nos malades "de sensation ambivalente d'énervement et de tranquillisant en même temps".

En effet, 21 de nos sujets présenteront une accentuation de l'instabilité et de l'agressivité, en même temps qu'un sentiment d'énervement accentué parfois par une sensation de contractures. Pour six de ces sujets, ce sentiment s'accompagne d'un état particulier de "rêve éveillé", de sensation "d'être dans du coton". Mais si l'anxiété, accentuée par des sensations vertigineuses (6 cas), un sentiment de mort imminente (1 cas), domine dans onze cas, tout en laissant la place avec labilité à des phases euphoriques ; dans dix autres cas la note dominante est nettement l'euphorie attribuée par certains à l'impression d'être plus détendus.

A côté de cette réaction dominante, les autres réactions sont dispersées ou parcellaires. On retiendra cependant, un effet de libération des préoccupations érotiques dans 4 cas, allant une fois jusqu'à l'élaboration d'une proposition érotomaniacale, la fréquence relative (qui ne se retrouve que chez les épileptiques) d'une tendance à la somnolence (8 cas), avec sensation importante de fatigue physique et morale, l'existence dans 2 cas d'une sensation de transformation corporelle.

Mais on insistera sur deux éléments qui par leur caractère négatif semblent encore mieux caractériser la cohésion du groupe.

- La rareté des phénomènes siveux : 3 cas et les phénomènes décrits sont pauvres et surtout non colorés : sensation de déplacements d'objets surtout.

- La quasi-absence de rires immotivés (1 cas) contrastant totalement avec le sentiment d'euphorie assez souvent rencontré dans ce groupe.

Nous noterons enfin, que dans les cas où il existe une étiologie alcoolique à la psychose chronique, les effets L.S.D. semblent en la règle moins importants et moins anxiogènes que dans les autres cas.

B - Avec traitement psychotrope

1 - Avec l'Halopéridol

12 malades ont reçu ce produit.

Nous retrouvons toujours avec l'Halopéridol les résultats obtenus dans les autres séries nosographiques. Si l'état clinique du malade est inchangé, on retrouve à l'épreuve L.S.D. les mêmes résultats que la première fois ; par contre, si l'état clinique varie, les réactions changent.

Mais, même quand elles se retrouvent identiques dans leur mode, elles varient dans leur ampleur et toujours dans le sens d'une amplification, d'une accentuation ; c'est ainsi que les sensations physiques augmentent dans quatre cas pour devenir une sorte de sensation de dépersonnalisation avec sentiment de transformation de soi-même et l'ambiance comme nous le dit une malade "c'est comme si j'étais un autre moi-même, comme un état de rêve, pas agréable, je me sens néante". Huit de ces malades, ont été améliorés sous traitement et l'on est frappé par l'apparition dans cinq cas d'importants phénomènes visuels ayant le caractère d'hallucinoses (alors que l'on sait le rôle supposé anti-hallucinatoire de l'Halopéridol). C'est ainsi qu'une malade décrit : "je vois comme de grandes images qui partent de mon cerveau, des choses fantasmagoriques, des monstres, des images qui s'agrandissent". Ces phénomènes visuels apparaissent à un "moment" de l'évolution du processus pathologique, au "moment" où le délire commence à décrocher avant la phase de critique ; comme si la maladie repassait par un stade "antérieur".

Quant aux autres phénomènes apparus sous traitement, ils sont variables, labiles, dispersés, et on y retrouve le catalogue habituellement décrit : labilité thymique, agressivité, états de rêves, sentiment d'ébriété et dans trois cas, aggravation nette du contact. L'Halopéridol ne semblant pas marquer nettement l'expérience d'une note distincte et ne contrôlant ni l'anxiété, ni l'apparition de phénomènes visuels, ni l'état de malaise ambigu, assez déréel souvent éprouvé par les sujets sous L.S.D.

2 - Avec le Chlorpromazine

13 de nos malades ont reçu du Chlorpromazine. On retrouve ici le parallélisme entre la clinique et les réactions L.S.D. ; mais le Chlorpromazine imprime une tonalité particulière à ces séances : pour les malades qui vont être améliorés les effets diminuent progressivement au fur et à mesure, pour au

cours des dernières séances ne pratiquement plus exister. Il s'agit là de 7 cas. On notera toutefois que dans un de ces sept cas, au cours d'une séance et alors que la malade semblait très améliorée, nous avons assisté à une véritable résurgence hallucinatoire auditive ; dans un autre de ces cas, et cela aussi d'une façon transitoire à l'une des séances nous avons assisté à une aggravation portant sur l'instabilité et sur l'agressivité.

Nous signalerons d'une façon connexe un phénomène propre au Chlorpromazine : trois de ces malades nous ont dit "entendre" avec plus d'acuité comme si la vigilance de ces malades, anciens hallucinés auditifs, se centrait sur l'ouïe, à l'affût d'un phénomène imminent. Six de nos malades n'ont pas été améliorés sous traitement, les phénomènes se retrouvent identiques à la première séance, mais avec toujours la même correction d'une atténuation de l'anxiété, qui va être de moins en moins marquée au fur et à mesure des séances ; allant pour trois de ces sujets jusqu'à un certain sentiment de détente attribué à l'atténuation du "vécu délirant ou hallucinatoire", "ça existe toujours mais c'est cent pour cent de différence" nous dit un malade. Un seul de nos cas fait exception : avec accentuation de l'anxiété et de l'instabilité de la manière suivante : "j'ai l'impression que je vais m'en aller dans une fusée et que je vais m'envoler".

Ainsi et d'une manière assez dominante, on peut noter avec le Chlorpromazine les résultats suivants :

- atténuation de la part angoissante de l'effet L.S.D.
- non apparition de phénomènes visuels, même quand les malades s'améliorent,
- et pour certains malades, en connexe, une tendance à se centrer sur la sphère auditive.

3 - Avec le Thiopropérazine

On ne peut évidemment pas tirer une systématisation de cinq cas. Mais si l'on tient compte du fait que trois de ces cinq malades ont reçu par la suite ou préalablement un autre traitement (deux Fluphénazine, et un Chlorpromazine). Et que l'on peut comparer les deux effets, on pourra quand même faire certaines estimations:

Quatre sur cinq de ces malades se sentent nettement plus angoissés qu'à l'épreuve initiale ; un seulement éprouve les mêmes effets et tout en étant très délirant reste euphorique. Ces quatre malades deviennent assez instables, le contact avec eux devient plus difficile. Par contre, aucun d'entre eux ne décrit un état proche d'un état de rêve mi-éveillé décrit par les schizophrènes avec le même produit. Nous ne verrons pas non plus apparaître de phénomènes visuels. Enfin, comme nos malades n'ont pratiquement pas bougé cliniquement, il est difficile d'établir une comparaison avec leur état antérieur.

En résumé, si le Thiopropérazine marque de son empreinte l'épreuve par la tonalité angoissante qu'il lui donne dans 80 % des cas, il ne permet pas de dégager ici un effet propre qui apparaissait plus nettement dans d'autres groupes.

4 - Avec le Fluphénazine

Sept malades ont reçu du Fluphénazine, deux ont reçu en d'autres temps du Thiopropérazine et trois du Chlorpromazine.

On retrouve pour ce produit un net parallélisme entre les modifications de la clinique et la variabilité des effets L.S.D. Ceux-ci prenant un tour moins dramatique et s'atténuant au fur et à mesure. Par contre, le Fluphénazine ne semble pas pouvoir empêcher l'éclosion de phénomènes visuels qui se retrouvent identiques à la première épreuve (1 cas), ni la résurgence des thèmes délirants (2 cas). Comparé au Thiopropérazine, il rend l'épreuve nettement moins anxiogène. Comparé au Chlorpromazine, il ne montre pas de différence significative. Tout au plus, permettrait-il à la réaction d'être un peu plus euphorisante. En effet, ce qui domine dans le tableau sous Fluphénazine, c'est une note discrète d'euphorie dans la moitié des cas, mais ils sont bien trop peu nombreux pour que l'on puisse en tirer une conclusion.

5 - Les autres produits

Il n'y a pas de différence entre l'épreuve initiale et les épreuves suivantes pour le cas sous Trihoxypénidyle. Il est vrai que par ailleurs il n'a pas

bougé cliniquement. De même le cas sous Thioridazine , se retrouve égal à lui-même ; lui non plus ne se modifiant pas du point de vue clinique.

En conclusion

Ce groupe de délirants chroniques, en apparence disparate, est celui qui à l'épreuve, semble s'être comporté le plus globalement. Ensemble, ces malades ont présenté peu d'état oniroïdes, peu de rêves éveillés, peu de sentiment de déréel.

Pratiquement jamais ils n'ont présenté à aucune séance, les rires immotivés si fréquents chez les schizophrènes.

Les phénomènes visuels ont été rares et quand ils existaient initialement très peu élaborés ; seul l'Halopéridol a permis l'éclosion de phénomènes visuels plus élaborés.

Enfin à un moment où à un autre, l'épreuve L.S.D. a permis de noter chez environ 70 % de ces malades un sentiment d'euphorie et de détente ; phénomène rencontré beaucoup plus rarement dans les autres catégories nosographiques.

Cet ensemble de résultats illustre une fois de plus notre opinion qu'il n'existe pas d'effets L.S.D. propres mais qu'on réagit à ce produit selon sa personnalité. Les quelques corrélations électroencéphalographiques que nous avons établies dans un autre travail corroborent bien cet avis.

ESSAI D'INTERPRETATION DES ELEMENTS SEMIOLOGIQUES OBTENUS

Avec tous les auteurs qui ont utilisé le L.S.D.²⁵, nous avons été frappés par un certain nombre d'éléments communs et essentiellement par la conscience de l'état morbide engendré par le L.S.D. avec pour corollaire la faculté d'auto-observation, sauf si il est bien dégradé, le malade suit avec une lucidité relative le déroulement des effets, et peut signaler à l'observateur les différences significatives entre les diverses séances. Nous y ajouterons pour mémoire, la conservation mnésique qui permet au malade, au décours de la séance, le rapport détaillé de celle-ci, mais dont nous ne nous sommes pas servis.

Il est donc d'autant plus frappant de constater un certain nombre de faits dont le groupement prend dès lors une certaine signification au delà de la variabilité des symptômes enregistrés.

1 - Si nous prenons, par exemple, les rires immotivés :

Ils sont effectivement décrits comme tels et nous avons éliminé tout ce qui était en relation avec une euphorie, une pensée érotique réjouissante, un sentiment de détente. Ils s'associent quelquefois au contraire, avec une humeur inversée, avec tristesse dominante. On ne peut non plus les attribuer à des contractures musculaires, indépendantes de la volonté car leur gamme va de l'ébauche du sourire aux rafales de rires amples et franches et parce qu'ils n'apparaissent pas dans toutes les catégories nosographiques, alors que si il s'agissait d'un effet musculaire, ils seraient présents partout. Dès lors, que représentent-ils :

Si nous prenons l'épreuve initiale, nous notons les faits suivants :

a - Apparition suivant les catégories nosographiques :

. alcooliques chroniques	: 0 sur 37
. comitiaux	: 4 sur 25
. bouffées délirantes	: 5 sur 25
. schizophrénies	: 27 sur 63
. délires chroniques	: 1 sur 33

b - Interprétation :

On ne peut qu'être frappé par l'absence quasi-totale des rires inactivés chez des sujets que les médecins de notre équipe ont spontanément classés en délirants chroniques ; alors qu'ils sont tout particulièrement fréquents (42 %) chez les malades classés schizophrènes.

On peut dès lors se poser quelques questions :

Si l'on sait que mis sous traitement, une dizaine d'autres schizophrènes présente à l'une ou l'autre des séances également des rires, alors que jamais cela ne se présente chez les délirants chroniques, on ne peut pas s'empêcher de penser qu'il existe une différence de "nature" entre les possibilités délirantes de malades qui évoluent sous le masque schizophrénique et ceux qui évoluent sous le masque délire chronique et ce, quel que soit l'âge du début apparent de la maladie. Mais alors, pourquoi un certain nombre de schizophrènes, au masque clinique apparemment semblable, ne présentent-ils pas le même type de réactions ? S'agit-il dès lors (puisque devant la fréquence de ce type de réactions on ne peut pas parler de réactions individuelles) d'autres maladies ? Et si cela est, pourquoi alors le même masque clinique ?

On ne peut, en l'état que poser ces questions, sans les résoudre, mais des éléments d'orientation seront quand même apportés par le fait qu'aucun alcoolique chronique n'a présenté de tels phénomènes, que sur les quatre comitiaux qui ont présenté de tels rires, deux sont des délirants francs où dominent les caractères psychotiques et que les deux autres ont présenté en parallèle des phénomènes

visuels, qui, nous le verrons, ne se retrouvent eux aussi que dans des situations bien déterminées et chez des personnalités particulières.

Quant aux bouffées délirantes, on sait l'incertitude pronostique que recouvre un tel diagnostic fait essentiellement sur la notion d'acuité, l'existence de rires immotivés au cours d'un tel tableau ne pourrait-elle pas évoquer une nuance pronostique fâcheuse ? Nous n'avons pas assez de recul pour l'affirmer.

En l'état actuel de la question, nous pouvons simplement dire qu'à une exception près, l'existence de rires immotivés sous l'épreuve L.S.D. élimine le diagnostic de "délire chronique". Et que si elle ne permet pas de conclure formellement à l'existence d'un processus schizophrénique, elle entache l'avenir d'une forte suspicion.

2 - Si nous prenons les phénomènes visuels

Nous ne nous arrêterons pas à leur qualité, ni à leur plus ou moins grande élaboration, mais surtout, à leur mode d'apparition et tout particulièrement au "moment" de leur apparition.

Si nous prenons l'épreuve initiale, nous noterons leur apparition suivant les catégories nosographiques :

. alcooliques chroniques	: 4 sur 37
. comitiaux	: 4 sur 25
. bouffées délirantes	: 12 sur 20
. schizophrénies	: 10 sur 63
. délires chroniques	: 3 sur 33

Si maintenant nous faisons le bilan global sous traitement, et en l'ajoutant à l'épreuve initiale, nous obtenons les résultats suivants (c'est-à-dire, malades qui, à un stade quelconque de leur évolution, ont présenté des phénomènes visuels) :

. alcooliques chroniques	: 5 sur 37
. comitiaux	: 7 sur 25

. bouffées délirantes	: 17 sur 20
. schizophrénies	: 20 sur 63
. délires chroniques	: 8 sur 33

Essai d'interprétation :

Un fait frappe d'emblée, la quasi-constance des phénomènes visuels observés au cours des bouffées délirantes (85 %), leur relative fréquence chez les schizophrènes (30%), leur rareté dans les autres groupes.

Si l'on entre plus dans les détails, on sera frappé par le fait que chez les bouffées délirantes, les phénomènes visuels apparaissent en phase d'acuité du phénomène pathologique : 12 sur 20 en phase initiale, 5 à un moment bien précis, où l'amélioration s'amorce, la note confusionnelle régresse, mais il n'existe aucune ébauche de critique.

Chez les schizophrènes, les phénomènes visuels apparaissent aussi à un moment précis de l'évolution, moment où la maladie semble refluer vers un stade plus dynamique, plus actif et quelquefois plus délirant de la maladie jusqu'alors enkystée. En somme à un instant "fécond" évolutif de la maladie.

Nous verrons dans le chapitre suivant la part propre aux diverses thérapeutiques dans l'apparition de tels phénomènes. Mais nous pouvons dire, que avec une fréquence qui nous semble significative, l'existence de phénomènes visuels chez des malades mentaux signent l'évolutivité du processus en cause, alors même que le masque clinique peut en paraître figé. Ainsi chez de vieux schizophrènes, l'apparition de phénomènes visuels annonçait une modification clinique ultérieure.

Qu'en est-il alors des phénomènes visuels apparus dans d'autres groupes nosographiques qui peuvent paraître loin de la psychose ? Si nous regardons les choses d'un peu plus près, nous constatons que si l'on additionne les effets obtenus à l'une ou l'autre séance chez des sujets ayant présenté des phénomènes visuels sous L.S.D. ; ces phénomènes ne sont pratiquement jamais isolés : soit qu'il existe des rires immotivés, soit qu'il existe des modifications oniroïdes associées, ou des modifications de la vigilance, etc...

Peut-on dire, que ces sujets chez lesquels rien ne permet cliniquement de déceler une évolution psychotique, en ont la potentialité ou en ont la structure ? Nous laisserons avec prudence, la porte ouverte aux interprétations. Nous ne pouvons que constater tant chez les alcooliques que chez les comitiaux, l'existence d'une minorité moyennement importante qui présente aux épreuves L.S.D. des réactions qui les apparentent aux psychotiques.

Quant aux délirants chroniques, on reste frappé par la pauvreté des phénomènes visuels dans leur qualité : déplacements d'objets, absence de coloration et dans leur quantité : 5 sur huit cas ne sont apparus que sous Halopéridol.

Lorsqu'ils existent, ils semblent eux aussi confirmer la notion d'évolutivité du processus en cause, et ils n'apparaissent jamais chez des malades très anciens, très fixés.

3 - Quant aux autres éléments rencontrés :

Il est difficile de leur donner une interprétation cohérente valable sur le plan diagnostic ou pronostic. Avec d'autres auteurs, nous ne pouvons que constater la variabilité et l'imprévisibilité des modifications thymiques.

Les phénomènes de libération érotique (avec parfois visualisation de scènes où paraissent des personnages déshabillés) semblent dispersés et se retrouver avec une fréquence égale dans tous les groupes. Tout au plus pourrait-on noter une évolution vers une construction érotomaniaque chez certains schizophrènes.

On ne peut non plus décrire comme spécifique le sentiment de détente, de libération qu'éprouvent certains malades. Ce sentiment est fragmentaire et variable dans le temps.

Mais sans que l'on puisse offrir une systématisation satisfaisante, on signalera quand même l'atmosphère initiale différente suivant les groupes : "atmosphère relativement détendue chez les alcooliques" souvent somnolents et à type de malaise physique chez les comitiaux, "malaise euphorique" chez les

délirants chroniques et extrêmement tendue chez les schizophrènes . Il y a là semble-t-il encore matière à exploration supplémentaire.

Conclusion

Nous avons centré cet essai d'interprétation sur deux éléments sémiologiques qui nous semblent être les plus constants.

Nous avons aussi vu que leur apparition n'était pas aussi dispersée qu'il pourrait le sembler à première vue.

Il nous a semblé de même que d'autres phénomènes pourraient être plus systématisés grâce à des épreuves psychologiques : telles que modifications de l'attention, de la perception, de la synthèse mentale, et que peut-être par là, on pourrait recouper ces deux éléments initiaux, qui indiquent entre autres qu'on ne fait pas n'importe quelle réaction sous L.S.D. (il serait d'ailleurs intéressant à ce sujet de dépouiller les interrogatoires des jeunes intoxiqués volontaires). Et que le seul aspect des troubles psychiques observés pourra peut-être un jour nous orienter vers l'agent causal comme l'espérait KRAEPELIN.

RELATIONS ENTRE L'ÉPREUVE L.S.D. ET LES
THÉRAPEUTIQUES PSYCHOTROPES

Le L.S.D.²⁵ trouve sa place parmi les substances dites hallucinogènes. On pourrait donc penser à priori que les substances qui en clinique courante agissent, le mieux sur les éléments aigus hallucinatoires d'un syndrome mental seraient celles qui contrebalancent le plus efficacement les effets de l'épreuve L.S.D.

Nous avons vu déjà qu'il n'en est souvent pas ainsi, et que même certains résultats sont paradoxaux. Il en découle aujourd'hui des conséquences pratiques : on ne devrait pas soigner avec n'importe quel médicament les psychoses qui se déclarent chez les intoxiqués volontaires au L.S.D.

Dans l'étude qui va suivre, nous n'avons pu, compte-tenu de la déjà très grande variabilité des vecteurs en cause, n'utiliser qu'un petit nombre de produits et surtout des neuroleptiques.

Nous avons, par la force des choses, été amenés également à confronter le L.S.D. et les anticomitiaux, sans véritable systématisation, il est vrai ; il ne semble pas modifier sensiblement l'épreuve, tout au plus la teintent-ils d'une certaine somnolence, que nous n'avons pas retrouvée dans les autres groupes nosographiques. Quand les phénomènes déclenchés par le L.S.D. existent, ils ne semblent pas raccourcis ni dans leur amplitude, ni dans leur durée par la présence d'anticomitiaux.

De même, avons-nous pu vérifier sur une quinzaine de sujets que les correcteurs (Trihoxyphénidyle, et Etybenzatropine) des effets secondaires des neuroleptiques ne semblaient pas avoir d'effets propres, du moins dans les conditions de notre expérience ; aussi n'en tiendrons nous pas compte dans les descriptions suivantes.

- L.S.D. et CHLORPROMAZINE

On sait depuis les travaux de ELKES sur le chat, que le Chlorpromazine bloque l'effet du L.S.D. tant sur le comportement de l'animal que sur les réactions électriques corticales. Depuis le Chlorpromazine a été utilisé pratiquement comme le principal antidote des effets du L.S.D.

Classiquement, le Chlorpromazine réduit l'excitation, l'hyperactivité, l'hyperémotivité, les troubles coenesthopathiques. Par contre, les troubles de la sphère perceptuelles, les évocations de souvenirs seraient moins influencés, et la crise serait écourtée.

Qu'en est-il dans notre travail :

Si nous prenons les alcooliques chroniques (10 cas). Ceux qui présentaient des réactions modestes, ne les voient pas modifiées (alors que sous Halopéridol l'un de ceux-ci verra une véritable effluorescence hallucinatoire visuelle). Ceux qui avaient les manifestations les plus vives, les voient très nettement atténuées et ce, quel que soit le type de réactions envisagé.

Chez les huit bouffées délirantes, nous obtenons des résultats plus dispersés : apparition des phénomènes visuels aux séances suivantes dans les autres cas. Mais quel que soit le malade, le chlorpromazine semble "tasser" les choses, lui enlevant souvent le côté spectaculaire ou dramatique qu'il pouvait présenter à la séance initiale et ce, même lorsque réapparaissent des troubles aussi importants que les phénomènes visuels décrits. Le malade semblant prendre une certaine distance vis à vis de ce qu'il ressent, et le supportant nettement mieux.

Ces résultats semblent confirmés chez les six schizophrènes qui ont également reçu du Chlorpromazine. Les malades vivent leurs phénomènes d'une manière moins angoissante, les contrôlent mieux et souvent les vivent comme extérieurs à eux.

Il en va de même pour les treize délirants chroniques qui ont reçu le produit, tout en notant une aggravation transitoire pour l'un d'entre eux à l'une des séances, et pour un autre cliniquement amélioré, une résurgence d'hallucinations auditives à une autre séance.

Ainsi, sans être l'antidote spécifique, décrit initialement le Chlorpromazine a "dans l'ensemble" un rôle important sur les effets du L.S.D.:

- il atténue toujours et fait disparaître parfois la part anxieuse de l'expérience.
- Si il n'empêche pas l'apparition de phénomènes visuels, il permet une distanciation d'avec eux, le malade leur donnant un caractère extérieur à lui, et les décrivant avec un relatif détachement.
- Parallèlement, l'instabilité parfois préexistante s'atténue, et comme le décrit WIDLOCHER D. (1957), cela permet au sujet de reprendre immédiatement sa place dans la collectivité hospitalière.
- De tous les produits utilisés, le Chlorpromazine est celui qui le plus constamment a présenté de tels effets bénéfiques, ce qui semble justifier son utilisation thérapeutique dans les cas d'intoxications volontaires.
- Mais nous insisterons encore sur le fait que, même sous Chlorpromazine, c'est la "relation état clinique du malade - L.S.D." qui compte.

- L.S.D. et HALOPERIDOL

Si, avec l'Halopéridol nos résultats sont plus dispersés qu'avec la Chlorpromazine, il se dégage quand même quelques lignes directives de son mode d'action.

- 1 - l'Halopéridol n'influence en rien le vécu anxieux du sujet lorsqu'il existe , ni il ne l'emplifie, ni il ne l'atténue.
- 2 - Lorsqu'ils existent, en fonction de l'état clinique, les phénomènes oniroïdes ou hallucinatoires déclenchés par le L.S.D. ne sont pas atténués et ne disparaissent jamais quand le sujet est sous Halopéridol; bien plus, dans certains cas ils semblent même être amplifiés.
- 3 - Enfin dans certains cas, non exceptionnels, l'Halopéridol semble permettre l'éclosion de tels phénomènes et plus particulièrement l'éclosion de phénomènes visuels.

En effet, si nous examinons la situation dans chaque catégorie nosographique, nous voyons que :

a - Chez les alcooliques chroniques :

Neuf sujets sur les dix ayant reçu l'Halopéridol ne voient pas leurs réactions modifiées. Par contre, un autre sujet voit apparaître des phénomènes visuels assez organisés à deux séances sous Halopéridol. Nous mettrons ultérieurement ce sujet sous Chlorpromazine et répèterons l'expérience, elle ne donnera plus rien.

b - Chez les comitiaux :

Nous verrons de même apparaître des phénomènes visuels chez un comitial par ailleurs délirant. L'expérience recommencée sous Propéridazine ne confirmera pas ce résultat. Chez les autres comitiaux, les phénomènes se retrouvent identiques à ceux observés à la

séance initiale y ajoutant un sentiment assez particulier de faiblesse au niveau des membres inférieurs. Il faut noter chez une malade autant alcoolique que comitiale, l'apparition de rires immotivés (cette même malade verra par ailleurs des couleurs se modifier sous propériolazine cet ensemble de résultats indique pour le moins un terrain particulier).

c - Dans les bouffées délirantes

Trois des neuf sujets qui ont reçu de l'Halopéridol, vont présenter avec ce traitement des phénomènes visuels qu'ils ne présentaient pas à la séance initiale. Chez les six autres sujets, ce qui importe est l'amélioration clinique. En tout état de cause l'Halopéridol ne modifiant pas les phénomènes préexistants lorsque l'état clinique ne s'améliore pas. Bien plus, ces phénomènes auraient une tendance à être légèrement amplifiés.

d - Chez les schizophrènes

Nous retrouvons des résultats similaires : chez les quinze sujets qui ont reçu le produit, on notera également que deux de ces sujets voient apparaître des phénomènes visuels en cours de traitement et l'élaboration des différents phénomènes au fur et à mesure que l'état des malades se modifie. Ces phénomènes sont liés à cette évolution et non à l'action propre de l'Halopéridol, comme nous l'indique la comparaison avec d'autres produits qu'ont reçu certains de ces mêmes malades.

Plusieurs de ces malades signaleront un sentiment de lourdeur et de faiblesse au niveau des membres inférieurs.

Donc ici encore, le produit utilisé n'empêche pas, bien au contraire, l'élaboration de phénomènes déclenchés par le L.S.D.

e - Chez les déliants chroniques

Il n'y aura pas d'infirmité de nos résultats précédents ; ce qui compte avant tout c'est l'état du malade. Quand les réactions existent, l'Halopéridol n'apporte parfois qu'une modification d'ampleur et ce dans le sens d'une amplification.

On retrouve ici dans cinq cas l'apparition de phénomènes visuels exclusivement sous ce traitement.

Ainsi , l'Halopéridol drogue couramment utilisée dans les psychoses aiguës, est celle qui contrôle le moins bien les manifestations L.S.D. qui ressemblent le plus à celles de la psychose aiguë: il semble en effet, avoir un rôle favorisant dans le déclenchement de phénomènes visuels, il a le moins bien contrôlé (surtout chez les déliants chroniques) les expériences de destruction du niveau de la conscience et le sentiment de dépersonnalisation. On aura donc quelques scrupules à l'utiliser dans le traitement des intoxications volontaires par le L.S.D.

Ces résultats cliniques semblent corroborés par des travaux d'E.E.G. que nous poursuivons actuellement avec MM. BORENSTEIN et CUJO.

- L.S.D. et THIOPROPERAZINE

Le Thiopropérazine a, dans le cadre de notre expérimentation, un rôle spécifique. Cette affirmation d'emblée sera illustrée dans toutes les séries nosographiques où ce neuroleptique majeur aura été utilisé. Ce rôle peut être d'abord caractérisé par la potentialisation anxiogène des effets propres au L.S.D.; sans avoir d'opinion valable sur le mode d'action de cet effet, nous tenons à souligner, que ce ne sont pas des effets secondaires (syndrome extra-pyramidal par exemple) qui peuvent être mis en cause (la preuve a contrario pouvant être apportée par l'utilisation du fluphénazine ou l'Halopéridol , produits avec lesquels les effets secondaires sont similaires).

L'apport anxiogène rend compte de l'instabilité, de l'agressivité, des lamentations des sujets. Elle ne rend pas compte cependant de certains aspects s'apparentant aux états oniroïdes que nous avons déjà décrits, et que nous allons résumer par catégories nosographiques.

a - Les bouffées délirantes (deux)

Vivent leur expérience dans une atmosphère de tension et d'anxiété parfois dramatique. Par ailleurs, leur mode de réactions est fonction de l'état clinique.

b - Chez les schizophrènes (vingt-deux)

qui ont eu le produit outre l'état d'angoisse déjà décrit et qui apparaît nettement dans dix-huit cas. On voit apparaître dans neuf cas un sentiment de transformation du vécu, les sujets se sentent dans un monde étrange, déréel, de rêve, mettant en cause la texture de la matière, leur propre corps et leurs fantasmes.

Par ailleurs, les phénomènes visuels préexistants sont enrichis, d'autres apparaissent dans cinq cas uniquement sous cette drogue, dans cinq autres cas apparaissent des rires immotivés, dans deux cas des thèmes érotiques, élaborés.

Ainsi tous les phénomènes produits par le L.S.D. paraissent enrichis chez l'immense majorité des malades par l'adjonction de Thiopropérazine (il n'est que dans trois cas que l'on notera une diminution de l'angoisse), et cela est vrai aussi bien pour les malades jeunes que pour des malades chroniques à longs temps d'évolution et d'apparence initialement très pauvres.

c - Chez les délirants chroniques

On retrouve l'apport anxiogène propre du Thiopropérazine, et par voie de conséquence l'instabilité du sujet, la difficulté dans le contact, Par contre, aucun de ces malades n'extériorisera un état de déréalité proche de celui présenté par les schizophrènes, aucun non plus ne

ne verra les réactions au L.S.D. qui sont d'ailleurs pauvres initialement, enrichis par la suite.

Conclusion

En comparant, chez un même malade l'effet conjugué du L.S.D. avec le Thiopropérazine d'une part et d'autres psychotropes d'autre part, on constatera aisément que nulle part ailleurs, la séance n'a été teintée d'une note aussi particulière qu'avec le Thiopropérazine. Si objectivement tel ou tel effet se retrouve ailleurs, si objectivement les effets produits suivent l'état clinique du sujet, il existe une différence qualitative chez tous les sujets, impossible à chiffrer, difficile à décrire, qui fait de la séance un moment plus ample, plus riche, différent et désagréablement différent. Si bien que certains sujets ont refusé de recommencer l'expérience avec le même produit. On peut dire, que au moins chez les schizophrènes, le Thiopropérazine favorise une déréalisation et une dépersonnalisation intenses. Cet effet est curieux pour un neuroleptique majeur chargé en principe de dénombrer la sphère délirante dans la pratique courante. On notera encore qu'il ne produit pas cet effet chez les délirants chroniques, est-ce un argument en faveur d'une différence de nature entre les deux pathologies ?

Nous avons déjà vu au chapitre de la sémiologie : le sens de l'apparition des phénomènes visuels sous L.S.D. au cours d'une psychose. Nous avons dit qu'ils apparaissaient à un moment fécond de la maladie.

Devant la richesse toute particulière de ces phénomènes sous Thiopropérazine, nous pouvons donc effectivement constater le rôle particulièrement puissant de cette drogue sur la sphère délirante.

- L.S.D. et FLUPHENAZINE

Ce produit est venu assez tardivement dans notre travail et nous n'avons pu l'utiliser pratiquement que dans deux catégories nosographiques. Nous l'avons assez souvent utilisé chez des malades ayant reçu au préalable du Thiopropérazine.

- Chez les cins schizophrènes

ayant reçu l'un et l'autre traitement, il n'y a aucune comparaison possible entre l'effet de l'une et de l'autre drogue. Le Fluphénazine ne déclenche jamais les effets angoissants produits par le thiopropérazine. Si il produit assez souvent chez les schizophrènes (six sur onze) un état désagréable, il est plus décrit comme un état vaporeux, un état d'ébriété un peu spécial, fait de difficultés à se contrôler et à se mouvoir, que comme l'intense sensation de déréalité avec dépersonnalisation que nous avons noté avec le Thiopropérazine.

Enfin, disons qu'avec le Fluphénazine, nous avons noté dans deux cas sur onze une véritable libération verbale du sujet, ne durant que le temps de la séance et permettant avec ces grands malades un excellent contact.

- chez les délirants chroniques

Le Fluphénazine ne semble pas avoir une grande spécificité d'action et il se comporte comme d'autres produits, n'empêchant pas l'éclosion des effets propres du L.S.D. Il rend l'expérience moins anxiogène et permet comme le Chlorpromazine une certaine distanciation d'avec l'évènement, mais il ne semble pas supérieur au chlorpromazine du moins dans les trois cas qui ont reçu successivement les deux traitements. Nous avons signalé par ailleurs, la discrète note d'euphorie que semble donner en propre le Fluphénazine à l'expérience.

Nous retiendrons là encore le fait que ce qui compte le plus pour la production d'effets L.S.D. est l'état clinique du sujet.

Le Fluphénazine ne semble pas avoir cliniquement une action bien spécifique sur les effets du L.S.D.; il en atténue toutefois le caractère anxiogène, lorsqu'il existe au préalable.

- L.S.D. et THIORIDAZINE

Nous ne reprendrons que les résultats chez les schizophrènes (dix-huit cas) dans les autres séries, le nombre des sujets étant insuffisant.

Chez les schizophrènes, on retrouve un parallélisme entre la clinique et les effets L.S.D. sans que le neuroleptique semble intervenir directement. Dans ce groupe nosographique, le Thioridazine semble agir comme l'Halopéridol, sans en avoir les effets secondaires. Notons, pour corriger cette absence de résultats que le Thioridazine est surtout utilisé chez des schizophrènes anciens, assez dégradés et qui ont fort peu de manifestations verbales (encore qu'un de ces malades ait présenté avec le Thiopropérazine une réaction d'angoisse et d'agressivité assez explosive). Notons enfin que dans les cas où l'expérience est vécue comme angoissante le Thioridazine n'atténue pas cette anxiété d'une manière aussi nette que le Chlorpromazine.

- L.S.D. et DIAZEPAN

Nous avons déjà vu que chez les alcooliques, le L.S.D. produit peu d'effets. Treize de ces sujets ont reçu du Diazepan : onze de ces sujets présentent des réactions identiques à celles de la première séance ; par contre, deux de ces sujets qui ont présenté des manifestations comparables à celles des psychotiques lors de la première séance, n'extériorisent plus ces éléments sous Diazepan.

Peut-être faut-il attribuer ce rôle à l'action anti-onirique du produit, on le rapprochera d'un effet similaire chez la seule bouffée délirante qui a reçu ce produit et qui voit disparaître les phénomènes visuels initiaux.

En définitive, soit par son action anxiolytique, soit par son action anti-onirique, le Diazepan semble pouvoir agir sur certains effets propres dus au L.S.D. et tout particulièrement sur les phénomènes visuels.

- L.S.D. et PROPÉRICLAZINE

C'est essentiellement chez les comitiaux que nous avons utilisé le Propériclazine. Nous avons déjà signalé combien les résultats paraissaient dispersés avec ce produit, bien que les phénomènes dus au L.S.D. aient une tendance à diminuer d'ampleur avec le traitement au Propériclazine et que les quatre comitiaux d'allure psychotique aient été totalement contrôlés par la drogue et ne présentent plus que des réactions banales (alors que l'un d'eux aura sous Halopéridol une véritable réaction explosive avec scène figurée érotique, éclats de rires, etc....) Mais d'autres malades ont vu au contraire apparaître des rires ou des phénomènes visuels colorés.

Mais nous avons déjà signalé également combien le groupe des comitiaux était disparate et pouvait être fragmenté ; ce qui ne nous permet pas de conclure définitivement sur ce produit.

Conclusion générale

Si la fragmentation des résultats ne nous permet pas de tirer des conclusions définitives sur les thérapeutiques utilisées, nous retiendrons quand même, à toutes fins utiles, qu'il nous semble préférable de ne pas traiter les toxicomanes au L.S.D. par l'Halopéridol ou le Thiopropérazine, qui ont l'un comme l'autre et par des voies différentes, un effet majorant sur l'action L.S.D.

On ne peut que redire combien certains résultats semblent paradoxaux si on les compare avec l'action de tel ou tel produit en clinique psychiatrique et avec l'explication habituelle de cette action en neurophysiologie.

C O N C L U S I O N S

Nous avons entrepris, dans le cadre de travaux plus vastes, du laboratoire de notre Maître , le Docteur BORENSTEIN, médecin des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine, une étude sur les effets du L.S.D. chez un groupe de 180 malades mentaux, en fonction de leur état clinique, et des traitements qu'ils reçoivent.

Nous nous étions posés les questions suivantes :

- Existe-t-il un effet psychique L.S.D. unique ou bien les effets du L.S.D. sont-ils variables en fonction des structures et des personnalités ?
- Peut-on, grâce au L.S.D., scinder des tableaux cliniques d'apparence univoque ?
- Peut-on , à partir de là obtenir une vision pronostique, ou du moins, établir avec objectivité, un diagnostic différentiel ?
- Peut-on, au moyen du L.S.D., établir une méthode de contrôle et de différenciation de l'action des thérapeutiques psychotropes ?

Pour ce faire, nous avons dans une première partie regroupé nos résultats en fonction des catégories nosographiques et à l'intérieur de chaque catégorie nous avons séparé les résultats d'une séance initiale sans traitement, des résultats au cours de séances suivantes sous traitement. Certains malades ont pu être suivis ainsi pendant deux ans.

Nous avons ainsi pu montrer que chez les alcooliques chroniques, il existait d'une part, une importante majorité qui se caractérisait par le peu de réactions à l'épreuve L.S.D.; résultat assez surprenant quand on connaît l'appétence toxicomaniaque chez ces sujets. Nous avons pu constater également qu'il existait une minorité de sujets qui bien que ne présentant pas de signes cliniques en faveur d'une telle étiquette, réagissait sous L.S.D. comme des psychotiques.

Nous avons été frappés par le caractère dispersé des résultats obtenus chez les comitiaux, encore ce groupe était-il en fait disparate. Les comitiaux simples réagissant en majorité comme des alcooliques chroniques ; les comitiaux présentant des syndromes délirants comme des délirants. Mais là encore une minorité présente des réactions qui rejoignent celles des psychotiques.

Par contre, nous avons été frappés par l'unicité des résultats obtenus dans les bouffées délirantes où dominent en période d'acuité, les phénomènes visuels illusionnels ou hallucinatoires, simples ou figurés. Nous avons pu montrer que ces phénomènes se situent à une phase de l'évolution entre l'acuité délirante et le commencement de la critique.

Nous avons déjà dit que plus particulièrement chez les schizophrènes, il est difficile de faire la part du vécu pathologique préalable et celle des effets de l'expérience. Cependant, nous avons pu objectiver là encore une certaine spécificité : abondance de rires immotivés, caractère particulièrement déréel des états d'allure oniroïde. Nous avons signalé au passage qu'il ne nous paraissait pas que le L.S.D. puisse faciliter une quelconque psychothérapie, l'angoisse manifestée le plus souvent restreignant plus le contact qu'il ne l'élargit.

Nous avons également vu qu'un groupe en apparence disparate, celui des délirants chroniques, est celui qui à l'épreuve semble s'être comporté le plus globalement : ils n'ont pratiquement pas présenté de rires immotivés, pas de rêves éveillés, ni d'états oniroïdes et très peu de phénomènes visuels. Ils ont paru à 70 % vivre leur expérience L.S.D. dans un état de détente, voire d'euphorie.

Nous pouvons donc au terme de ce travail affirmer qu'il n'existe pas un effet L.S.D. propre ; chaque sujet réagissant d'une part en fonction de sa personnalité et d'autre part, en fonction de son état clinique (forme clinique de son syndrome mental et mode évolutif de ce syndrome).

Mais surtout il nous a semblé que les effets L.S.D. recoupaient la division classique en schizophrènes et délires chroniques, qu'il s'agit plus là d'une différence de maladies que d'une différence chronologique. Encore que si le groupe des délirants chroniques a semblé assez homogène ; celui des schizophrènes se divise en une forte majorité aux réactions prévisibles et une minorité où les résultats semblent bien plus fragmentaires, où l'on ne note ni rires immotivés, ni états de dépersonnalisation, ni grandes réactions agressives, et où l'on peut se poser la question d'un syndrome schizophrénique symptomatique d'un autre processus.

Quant aux bouffées délirantes, le L.S.D. et les traitements psychotropes indiquent à notre avis qu'elles représentent surtout un instant évolutif, l'existence de phénomènes visuels caractérisant à notre avis une possibilité évolutive d'un processus mental (du moins dans le cadre de notre travail).

En effet, nous avons dans une deuxième partie essayé d'analyser la signification des éléments sémiologiques les plus fréquemment rencontrés : nous pouvons ainsi dire que si un malade présente sous L.S.D. des rires immotivés, il y a peu de chance pour qu'il évolue vers un délire chronique, et une forte présomption pour sinon une évolution, du moins une personnalité "schizophrénique".

De même l'existence de phénomènes visuels si fréquents dans les bouffées délirantes nous semblent apparaître dans les catégories nosographiques au moment où celles-ci "bougent", leur présence chez les alcooliques ou des comitiaux s'additionne toujours avec celle d'autres modifications rencontrées chez des psychotiques, comme si ces sujets évoluant sous des masques banaux pouvaient évoluer vers des diagnostics plus graves.

Ainsi sans que l'on puisse parler de certitude, l'épreuve L.S.D. nous permet au minimum de nous renseigner sur l'évolutivité du processus pathologique en cause et au maximum d'avoir une présomption sur le sens de cette évolution.

Enfin, dans une troisième partie, nous avons essayé de confronter l'action des thérapeutiques psychotropes utilisées. Nous avons été frappés par l'action assez paradoxale de l'Halopéridol qui permet souvent le déclenchement de phénomènes visuels et par l'action très particulière du Thiopropérazine qui renforce l'action anxigène du L.S.D. , amplifie et enrichit les réactions déclenchées par lui. Nos travaux confirment le rôle antidote du Chlorpromazine, notent celui du Diazepan qui agit assez efficacement sur les élaborations dues au L.S.D.

Nous avons obtenu que des résultats insuffisants ou dispersés avec les autres produits utilisés. Ainsi, l'on peut systématiser grosso-modo trois groupes de produits :

Ceux qui, comme le Chlorpromazine et la Diazepan atténuent l'ampleur des réactions déclenchées par le L.S.D.

Ceux qui, comme surtout le Thiopropérazine et l'Halopéridol majorent l'ampleur des réactions et peuvent même en produire pour leur part.

Enfin ceux, qui comme le Fluphénazine ou le Thioridazine ne semblent pas avoir d'effets directs sur les réactions déclenchées.

Enfin, nous n'avons jamais relevé d'assuétude, ni d'appétence chez nos sujets qui ont reçu du L.S.D. La tonalité des expériences a été ressentie plutôt désagréablement par la majorité de nos malades, et il nous semble, que les phénomènes de groupe, voire l'hystérie collective jouent un grand rôle dans les jouissances qu'y trouvent les intoxiqués volontaires. Par contre, le L.S.D. nous semble pouvoir être utilisé en médecine psychiatrique ou du moins en recherche car les résultats que nous avons décrits demandent encore confirmation et élargissement avec de plus nombreux sujets et des produits plus variés.

Mais il ne nous a pas semblé être un produit facilitant le contact ou libérant d'une façon certaine les barrages verbaux des malades et partant il ne nous a pas semblé un bon adjuvant de la psychothérapie.

Nous pouvons dire en conclusion que la variabilité et la dispersion des effets L.S.D. est plus apparente que réelle, qu'en comparant nosographie, thérapeutique psychotrope et L.S.D. se dégagent des lignes de force qui peuvent être utilisées dans une nouvelle interprétation plus rigoureuse des faits pathologiques mentaux.

ooo

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

M. L. MICHAUX

M. G. BROUET

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris

M. J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

ABRAMSON, EVANS, JAROVK.-

Bio-Essays for L.S.D.²⁵
Ann. Rep. Biol. Lab. Cold Spring Harbor NEW-YORK 1957.

ABRAMSON H.A., KORNETSKY, JARVICK et coll.-

L.S.D.²⁵ Content analysis of clinical reactions
J. Psychol. 40 , 53 (1955).

ANDERSON E.W., RAWNSLEY K.-

Untersuchungen über die Wirkungsweise von Lysergsäure
Diäthylamid.
Wien Ztschr. Nervenk. 2, 402 (1949).

BELSANTI R.-

Modificazioni neuro-psico-biochimiche indotte dalla L.S.D. in
schizofrenia e franastenici.
Acta Neurol. 7 , 53 (1953).

BENDA P., WIDLOCHER D.-

L.S.D.²⁵
Histoire de la Médecine 7 , 53 (1957)

BRADLEY P.B., ELKES C., ELKES J.-

On some effects of L.S.D. in normal volunteers
J. Physiol. 121-50 P. (1953).

BUSCAINO C.A., FRONGIA V.-

Modificazioni biochimiche, elettrencefalografiche, istochimiche ed istopathologiche in cani durante l'intossicazione sperimentale acuta e cronica da diethylamide dell'acidolysergics.
Acta. Neurol. Napoli 8 , 64I (1953).

BUSCH A.K., JOHNSON W.C.-

L.S.D.²⁵ as aid in psychotherapy.
Dis. Nerv. System 11, 24I, (1950)

CONDRAU G.-

Klinische Erfahrungen an geisteskranken mit L.S.D.
Acta Psychiat. et Neurol. 24 , 9 - (1949)

DELAY J., PICHOT P., LAINE B., PERSE J.-

Les modifications de la personnalité produites par le L.S.D.²⁵
Etude par le test de Rorschach.
Ann. Med. Psycho. 112-I (1954)

DELAY J., THUILLIER J.-

Psychiatrie expérimentale et psychopharmacologie
Semaine des Hôpitaux de Paris, 32 , 3 - 187 (1956)

ELKES C., ELKES J., MAYER-GROSS.-

Hallucinogenic drugs.
Lancet 268, 719 (1955)

GAMNA G., BONFANTE B., VILLATA E.-

Autoesperience con L.S.D.
Rassegna di Studi psychiat. 43, 979 (1954)

GASTAUT H., FERRER S., CASTELLS C. et coll.-

Action de la diethylamide de l'acide lysergique sur les fonctions psychiques et l'E.E.G.
Confinia neurologie 13 , 102 (1953).

HYDE R.W., VON MERING O., MORIMOTO K.-

Hostility in the lysergic psychoses.
J. New Ment. DIS 118-266 (1953)

JARWICK M.E., ABRAMSON H.A., HIRSCH M.W.-

L.S.D.²⁵ effect on attention and concentration.
J. Psychol. 39 , 373 (1955).

MAYER-GROSS W.- Expérimental psychoses and other mental abnormalities
produced by drugs.
Brit. M.J. 2 , 317 (1951).

RINKEL M., HYDE R.W., SOLOMON H.C.-

Expérimental psychiatry IV - Hallucinogenes - Tools in expérimental psychiatry.
Dis. Nerv. System. 16 , 299 (1955).

ROPERT M.- La Mescaline en psychiatrie clinique et expérimentale
Thèse Paris 1957.

ROSTAFINSKI.- Expérimentale Halluzinationen bei epileptikern
Rocsk. Psych. (poln) 38 109 (1953).

SCHWARZ B.E., BICKFORD R.G., MULDER D.W., ROME H.P.-

Mescaline and L.S.D.²⁵ in activation of temporal lobe epilepsy
Neurology 6 , 275 (1956).

VERDEAUX G., PARTY P.-

Action sur l'E.E.G. des substances pharmacodynamiques
d'intérêt clinique.

WIDLOCHER D.-

Le Diethylamide de l'Acide lysergique. Etude de Psychopathologie expérimentale.
Thèse Paris 1957.

TRAVAUX A PARTIR DE 1957

ABRAMSON H.A., HEWITT M.P. et coll.-

The stablemate concept of therapy as affected by L.S.D. in schizophrenia.
Journ. of Psycho 15 , 75-84 (1958).

ALHADEFF B.W.- Les effets psychotomimetique du L.S.D.²⁵ et de la psylocibine dans l'exploration clinique de la personnalité.
Med. et Hyg. 20 , 392, 393 (1962)

ANASTOPOULOS G., PHOTIADES H.-

Effects of L.S.D.²⁵ on relation of schizophrenics patients.
J. Mental. Sci. 108 , 95-98 (1962).

ARENDSSEN-FEIN G.W.-

L.S.D. in the treatment of criminal psychopaths
in "hallucinogenic drugs and their psychotherapeutics use"
Lewis Edit. Londres (1963).

BARAHONA-FERNANDEZ H.-

Pharmaco-psychotherapie.
C.R. IIIe congrès Mondial de Psychiatrie
Montréal 4-10 juin 1961.

BARUK H. et coll.-

Communication. Ann. Médico-Psych. 23 déc. 1957.

BENDA P., ORSINI F.

A propos de l'étrangeté temporo-spatiale sous L.S.D. 25
Annales Med. Psych. 117 , part 2 525-533.

BENOIT J.C.-

Les substances hallucinogènes, leur rôle dans la recherche et dans la thérapeutique psychiatrique actuelle.
Semaine des Hôpitaux de Paris 39 2184-2190 (oct. 1963)

- BENOIT J.C.- Les psychodysléptiques et la psychothérapie
E.M.C. 5 37820 A 30 (1965).
- BLES G.- Psychopharmacologie et thérapeutique psychiatrique. Note
introductive.
Perspectives psychiatriques I, 141-46 (1963)
- BORENSTEIN P., CUJO Ph. et CHIVA M.-
A propos de la classification des substances psychotropes
selon leurs effets sur l'E.E.G.
Ann. Médico-Psycho, Paris T.2.
123e année - 1965 - n° 4 pp 429-452.
- BORENSTEIN P., OLIEVENSTEIN, CUJO et THOUVENOT.-
L.S.D.²⁵ et thérapeutiques psychotropes, études clinique et
psychologique.
Ann. Médico-Psycho, Paris T.2., 1964, Juin.
- BUSCAINO V.M.- Pathogénèse et étiologie biologiques de schizophrénie
Acta Neuro. Napoli 13, I, 1958.
- CHOLDEN L.- L.S.D. and Mescaline in Experimental psychiatry
Proc. ann. Meeting of the Amer. Psych.
Ass. Atlantic City, 1957.
- COHENS.- Lysergic acid diethylamide : aide effects and complications.
J. Nerv. Mental. Dis. Janvier 1960, 130 n° 1-30-40.
- Le CHAPOUILLOT.- n° 71 - numéro spécial sur le L.S.D.
Octobre 1966.
- CROCKET R.- Rapport du Congrès Royal
Med. Psych. Ass. London - février 1961.
- DELAY J.- et BENDA Ph.-
L'expérience lysergique L.S.D.²⁵
A propos de 75 observations cliniques
Encéphale , 1958, 47 , n° 3 , 169-209
n° 4 , 309-344

DELAY J. et DENIKER P.-

Méthodes chimiothérapiques en psychiatrie
Les nouveaux médicaments psychotropes.
Masson et Cie, édit. Paris 1961.

DELAY J., DENIKER P., VERDEAUX G. et GINESTET D.-

Intérêt des contrôles cliniques et polygraphiques
simultanés pour l'évaluation précoce de l'activité de
certaines drogues chez l'homme.
IIIe congrès du CNIP - Munich 2/5 sept. 1962

DELAY J., PICHOT P., LEMPERTIERE.-

La psylocybine.
Presse médicale n° 47 - oct. 1959 Paris - pp. 1731-1733.

DENBER (H.C.B.)- Drug induced states resembling naturally occurring psychoses.
Symp. Intern. sur les médicaments psychotropes.
Milan 9-11 mai 1957.

DESOILLE R. et coll.-

Rêve éveillé dirigé et L.S.D.²⁵
C.R. Soc. Recherches Psychothera. Langue Française
1963, 1, n° 3, 25-29.

EISNER B.G.-

The influence of L.S.D. on inconscion activity in "hallucino-
genic drugs and their psychotherapeutic use".
Lewis Edit. Londres 1963.

FANCHAMPS A.-

Des drogues magiques des Astèques à la thérapie
psycholytique.
Acta psychotera, 10, n° 5 - 1962 - 372-384.

FED M., GOODMAN J.R. et GUIDO J.A.-

Clinical and Laboratory observations en L.S.D.²⁵
J. Nerv. Ment. Dis. Février 1958, 126, n° 2, 176-183.

FONTANA A.I.-

Clinical use of hallucinogenous drugs.
C.E. IIIe Congrès Mondial de Psych. Un Toronto Press
Mac Gill Univ. presse Edit. Montreal 1961

FORDHAN M.-

Analytic observations on patients using hallucinogenic drugs.
In "hallucinogenic drugs and their psychotherapeutic use.
Lewis - édit. Londres 1963.

FREEDMAN A.M., EBIN Ev., WILSON E.A. (N.Y. USA)

Autistic schizophrenia children. An experiment in the use of
of D. Lysergic acid diethylamide.
Arch. gén. Psychiat. 6 , 203-213, 1962.

La GAZETTE des HOPITAUX.-

Supplément au n° 43, 20 octobre 1966
"Le L.S.D. 25 et les drogues hallucinogènes.

GILBERTI F. et GREGORETTI L.-

Nouveaux aspects des expériences avec des drogues psychotropes
(L.S.D. 25 et L.A.E. 32) dans les psychonévroses
C.R. du Ier congrès de neuro-psycho-pharmacologie
Elsevier Edit. Amsterdam 1959.

GOLDSTEIN L.-

Wave of psychosis.
Newswak, 62, 68, 1963

HEIM E.-

Analyse de quelques expériences personnelles produites par
l'ingestion des agarics hallucinogènes du Mexique.
C.E. Acad. Sciences 1957, 245 , 597-603.

HOFF H.-

Thérapeutische fortschritte in der neurologie und psychiatrie
Urban und Schwartzenberg Ed. Wien Innsbruck 1960.

KELM N., JENSEN S.E., RANSAY R.W. (Canada)

The figural after-effect and L.S.D.²⁵
J. Nerv. Ment. Dis. 137, 557-560 (1963)

KENNA J.C., SEDMAN G. (G.B.).-

The subjective experience of time during L.S.D.²⁵ intoxication
Psycho-pharmacologia (Berl.) 5 , 280-288 (1964).

KORNETSKY C.-

Relations of physiological and psychological effects of L.S.
Arch. Neur. Psych. Chicago 77 , 657, 1957.

KOUPERNIK C.-

Les médications du psychisme
Hachette Paris 1964.

LAMBERT F.A. et REVOL-

Classifications psycho-pharmacologique et clinique des
neuroleptiques.
Presse Médicale 60 (1960).

LANTER R., WEIN J., et ROTH M.-

Note à propos de l'utilisation diagnostique et thérapeutique
des drogues hallucinogènes.
Ann.Med. Psych. Juillet 1962.
120 , part. 2, n° 2, 244-255.

LENKOW-

A L.S.D. test as diagnostic aid to differentiate schizophrenia
from.
Schizophrenia-like psychoses.

LESSE S.-

Psychodynamics relationships between the degrees of anxiety and
others clinicals symptoms.
J. Nerv. Men. Dis. 127 , 124-130 (1958)

LESSE S.-

Studies on anxiety in schizophrenia
II nd International Congress for Psychiatry
Zurich 1.7.9., 1957?

LESSE S. (N.Y.)-

Studies of anxiety in schizophrenia
Dis. Nerv. Syst. 21 , 158-160 (1960)

LEVNER H.-

Die experimentale psychose
Springer Edit. Berlin 1962.

LEWIS D., et SLOANE R.B.-

Therapie with lysergic acid diethylamide.

J. Clin. Exper. Psychopath., janvier 1958, 19, n° 1, 19-34

MACLEAN J.R., MAC DONALD D.C. et coll.-

The use of L.S.D.²⁵ in the treatment of alcoholism and
others psychiatric problems.

Quart. J. Studies Alcohol

Janvier 1961, 22, n° 1 - 34-45.

NARIATEGNI et ZAMBRANO

Diagnostic aid in schizophrenics
1962.

MARTIN A.J. (London).-

Schizophreniform reactions under day hospital L.S.D. therapy
II International Congress for psychiatry.
Zurich 1-7-9, 1957.

MICHAUX L. et coll.-

Traité de psychiatrie
Paris 1965 - Edit. Flammarion.

PENNES H.-

Effects of various drugs on clinical psychopathology
(experimental psychopathology Ed. by P.H. Nach and J. Zubia)
Grane et Shatton New-York - London 1957 p. 236-245.

ROBERT ' R.-

Contribution à l'étude des manifestations neuropsychiques
induites par la psylocybine chez le sujet normal. A propos
de 35 protocoles réalisés chez des peintres.
Thèse Paris 1962.

ROSENTHAL S.H.-

Persistent hallucinosis following repeated administration of
hallucinogenic drug.
Ann. J. Psych. 1964, 121-p3 (238-244)

ROUBICEK J. (Prague).-

Ressemblances et dissemblances entre la schizophrénie et les psychoses expérimentales.
Rev. Czechoslov. Med. 4, 125-134 (1958).

SANDISON R.A. and I.D.A. WHITELAW.-

Further studies in the therapeutic value of L.S.D. in mental illness.
Journal of Mental Science.
Vol. 103, n° 431 april 1957

SANDISON R.A.-

Discussion fourth symposium, comparison of drug-induced and endogenous psychoses in man
In Neuro-Psychopharmacology - Elsevier - Amsterdam, London New-York, Princetin 1959, pp 176-182.

SAVAGE C.-

The uses and abuses of L.S.D. in psychotherapie in
III World Congress of Psychiatry
Montreal - Canada 4-10-6-1961 part. II, p. 466.

SMITH C.M.-

A new adjunct to the treatment of alcoholism : the hallucinogenic drugs.
Quart. J. Alcohol. 1958, 19, 406-417.

STEVENIN L., et BENOIT J.C.-

A propos de l'utilisation des substances dysléptiques en psychothérapie - résultat favorable de séances répétées.
Encéphale 1960, 49, n° 5, 428-434.

SUTTER J.M. et PELICIER.-

Les substances hallucinogènes
E.H.C. Psychiatrie Tome II

VAN RHIJN C.H.

Significant hallucinations in "hallucinogenic drugs and their psychotherapeutic use".
Lewis Ed. Londres 1963.

WALLACE J.D.A.-

Cultural determinants of responses to hallucinatory experience
Arch. Gen. Psych. Janvi. 1959 , I (58-69).

WAPNER S., KRUISS D.M.J.-

Effects of L.S.D. and difference between normals and
Schizophrenics on the Stroop color - Word Test.



EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13^e
TELEPHONE
535: 18-93
535: 18-62